

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

На правах рукописи

ФЕДОРОВА НАДЕЖДА СТАНИСЛАВОВНА

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА, КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ
СОСТОЯНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ
И ЭФФЕКТИВНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОРТОПЕДИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ**

3.1.7. - Стоматология

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук,
профессор Р.А. Салеев

Казань – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. Геронтологические аспекты оказания стоматологической помощи и качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Обзор литературы.....	18
1.1. Особенности стоматологической заболеваемости у лиц пожилого и старческого возраста.....	20
1.2. Анализ зубопротезных конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	24
1.3. Анализ дефектов зубопротезных конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	26
1.4. Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	28
ГЛАВА 2. Организация, материал, объем и методы исследования.....	38
2.1. Характеристика этапов исследования.....	38
2.1.1. Построение протокола исследования качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	38
2.1.2. Медицинское стоматологическое обследование пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	43
2.1.3. Социологическое обследование пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	45
2.1.4. Исследование качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	45
2.2. Статистическая обработка результатов исследования.....	49
ГЛАВА 3. Анализ методологических подходов к изучению качества жизни в стоматологии. Результаты собственных исследований.....	51
3.1. Влияние стоматологического здоровья на социальную адаптацию человека. The Social Impacts of Dental Disease (SIDD).....	51
3.2. Профиль влияния заболевания. The Sickness Impact Profile (SIP).....	53

3.3.	Индекс оценки общего состояния стоматологического здоровья человека. The General Oral Health Assessment Index (GOHAI).....	57
3.4.	Степень влияния состояния зубов и зубных рядов. The Dental Impact Profile (DIP).....	62
3.5.	Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья. Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI).....	68
3.6.	Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни. The Oral Health Related Quality of Life Measure (OHQOL).....	72
3.7.	Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь. The Dental Impact on Daily Living (DIDL).....	77
3.8.	Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни. Oral Health Quality of Life Inventory (Oh-Qol).....	81
3.9.	Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнедеятельность. Oral Impacts on Daily Performances (OIDP).....	85
3.10.	Степень влияния стоматологического здоровья. The Oral Health Impact Profile (OHIP- 49).....	89
ГЛАВА 4. Структура стоматологической заболеваемости пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....		96
ГЛАВА 5. Сравнительный анализ стоматологических ортопедических конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....		105
ГЛАВА 6. Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....		118
6.1.	Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам пожилого возраста.....	118
6.2.	Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам старческого возраста	121

6.3. Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам долгожителям	124
ГЛАВА 7. Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций у пациентов различных возрастных групп.....	131
ГЛАВА 8. Сравнительный анализ социальных показателей жизни, влияющих на выбор стоматологической ортопедической конструкции пациентами различных возрастных групп.....	139
8.1. Сравнительный анализ социальных показателей жизни, характерных для пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.....	139
8.2. Анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям с различными социальными характеристиками.....	142
8.3. Сравнительный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям в зависимости от уровня ежемесячного дохода.....	152
ГЛАВА 9. Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в динамике наблюдения.....	160
9.1. Анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до стоматологического ортопедического лечения.....	160
9.2. Анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей после проведенного стоматологического ортопедического лечения.....	168
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	182
ВЫВОДЫ.....	195
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	197
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ.....	199
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	200
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	201

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА.....	272
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	282
Приложение 1. Медицинская карта стоматологического больного.....	282
Приложение 2. Социальная анкета.....	284
Приложение 3. Опросник «Степень влияния стоматологического здоровья-14». Oral Health Impact Profile, OHIP-14-RU	285

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования обусловлена формирующейся мировой тенденцией старения населения. Этот закономерный процесс многие ученые связывают с увеличением продолжительности жизни, чему способствуют реформы системы здравоохранения, позволяющие проводить раннюю диагностику и лечение системных заболеваний, которые и по сей день являются основной причиной смерти населения [4,9,19,48,235].

По сведениям, полученным из мировых информационных источников, количество людей пожилого и старческого возраста к 2025 году увеличится до 24%, к 2050 году – до 30%. Согласно среднему варианту прогноза ООН, аналогичные показатели численности населения России к 2031 году составят 42,3 миллиона (28,7%) [235].

По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Чувашской Республике (далее Росстата) на 01.01.2022 года, общая численность ее населения старше трудоспособного возраста составляла 289 830 человек. Удельный вес данной возрастной группы в общей численности населения составил 24,1%, для сравнения в 2020 году аналогичный показатель был 22,2%.

По прогнозам Росстата, ожидаемая средняя продолжительность жизни лиц, рожденных в Республике Чувашия на 2020 год согласно среднему варианту прогноза составляла 73,83 года, для мужчин - 68,30 года, для женщин 79,37 лет. На 2021 год показатели повысились до 74,25 лет, на 2022 - до 74,65, а на 2023 - до 75,04 лет.

Формирование и оптимизация системы оказания гериатрической помощи в нашей стране, происходящие в настоящее время, актуализируют научные изыскания в данной области, их проведение позволит планировать объем и характер

медицинской и социальной помощи пожилым людям, будет способствовать гуманной реализации поэтапного повышения пенсионного возраста.

Последствия старения многогранны и проявляются у 80% пожилых людей возраст-ассоциативными заболеваниями. Полиморбидность или коморбидность – это современные термины, характеризующие особенности патогенеза и течения сочетанных хронических заболеваний у пациента пожилого, старческого возраста и долгожителей, большинство из которых имеют проявления во рту [117,119,121,254].

Распространенность заболеваний стоматологического профиля, по данным ряда авторов, достигает 75-95% у взрослого населения [70]. Пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются в стоматологической ортопедической помощи в 100% случаев. Во рту пациентов этой возрастной группы можно встретить все виды съемных и несъемных ортопедических конструкций [115]. Нуждаемость в ортопедических конструкциях, впервые определяемая у пациента молодого возраста, зачастую достигает своего максимума к возрасту 60 лет и старше [7,31,43,52,61,77,114,238].

К факторам, оказывающим непосредственное влияние на потребность в стоматологической ортопедической помощи, можно отнести качество установленных ортопедических конструкций и сроки пользования ими. Анализ качества зубопротезных конструкций выявил, что более чем в половине случаев причиной повторного обращения пациентов за стоматологической ортопедической помощью являются ошибки при планировании лечения и в процессе изготовления зубных протезов [70,79].

Основными причинами обращения пациентов с целью повторного преждевременного протезирования являются: низкое качество стоматологического ортопедического лечения, обусловленное ошибками в диагностике, применение устаревших технологий изготовления протезов, несоответствие вида ортопедической конструкции состоянию тканей протезного ложа, плохая гигиена рта [148,257].

Повреждение органов и тканей рта неизбежно влечет за собой неудовлетворенность внешним видом, проявляется чувством неловкости при улыбке, смехе или разговоре, трудностями при приеме привычной пищи и неспособностью различать вкусовые нюансы. Все это осложняет жизнь современного человека, снижает самооценку пациента и его уверенность в себя, создает серьезные проблемы в социальной адаптации. Перечисленные последствия той или иной клинически выраженной стоматологической патологии, согласно существующим в современной медицине представлениям, принято рассматривать как критерии снижения стоматологических составляющих качества жизни пациента [67,112,329,415,455,460,460,517,538].

За последние время эта область исследования стала одной из приоритетных. В современной стоматологии широко применяются хорошо зарекомендовавшие себя международные опросники, по оценке качества жизни. Глубокий анализ собранных с их помощью сведений поможет врачу дать объективную оценку состоянию здоровья пожилых людей и совместить полученные данные с субъективным мнением пациентов для определения рационального подхода к комплексному лечению и оценке его эффективности [137,371,474].

Степень разработанности темы исследования

Изучение современной отечественной и зарубежной литературы, посвященной вопросам изучения качества жизни пожилых людей со стоматологическими заболеваниями, показало разнообразие подходов к изучению этого вопроса. Систематизированы и описаны специализированные международные опросники, разноязычные валидированные версии которых давно и успешно применяются стоматологами многих стран мира. Обосновано их применение в области практического здравоохранения у людей различных возрастных и социальных групп.

Многочисленные работы российских и зарубежных авторов внесли существенный вклад в изучение и внедрение критериев оценки качества жизни в практическую стоматологию и медицину, однако продолжающиеся многочисленные

научные изыскания и дискуссии в современной научной среде доказывают многогранность и безграничность этой темы [23,47,46,61,72,67,166,227,259,329,371,389,415,454,460,468,517,538].

В Чувашской Республике не проводились исследования по оценке качества жизни пожилых людей со стоматологической ортопедической заболеваемостью, не проводился сравнительный анализ оценочных клинических и социальных критериев. В представленной работе особое внимание уделялось вопросам определения особенностей стоматологической ортопедической заболеваемости пожилых людей, анализу применяемых у них зубопротезных конструкций и их дефектов, а также выявлению возможных неочевидных взаимосвязей между качеством жизни людей пожилого и старческого возраста и медико-социальными факторами, влияющими на выбор зубопротезной конструкции, эстетичность и функциональность которой и определяет качество жизни стоматологического пациента.

Таким образом, улучшение качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей посредством оптимизации оказания им квалифицированной стоматологической ортопедической помощи является актуальной проблемой современной стоматологии, что и определило выбор темы и цели настоящего исследования.

Цель исследования

Улучшение качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей на основе совершенствования подходов к оказанию высококвалифицированной стоматологической ортопедической помощи.

Задачи исследования

1. Выполнить анализ методологических подходов к изучению качества жизни в стоматологии и оценить возможность включения специализированного опросника «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-RU в план диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в стоматологических медицинских организациях.

2. Провести клиническое стоматологическое обследование для определения структуры стоматологической заболеваемости у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью в стоматологические медицинские организации.

3. Представить структурный анализ использования врачами-стоматологами-ортопедами зубопротезных конструкций в процессе стоматологической ортопедической реабилитации пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.

4. Осуществить сравнительную технологическую оценку зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям в процессе стоматологического ортопедического лечения.

5. Изучить дефекты зубопротезных конструкций, имеющих у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до повторного стоматологического ортопедического лечения.

6. Дать характеристику социальным факторам, влияющим на выбор зубопротезной конструкции пациентами пожилого, старческого возраста и долгожителями, обратившимися за стоматологической ортопедической помощью в стоматологические медицинские организации.

7. Оценить показатели качества жизни людей пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью в стоматологические медицинские организации.

Научная новизна исследования

По результатам клинико-социологического исследования населения субъекта Российской Федерации определены следующие основные позиции новизны:

– получены новые данные об особенностях структуры стоматологической заболеваемости у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей,

обращающихся за стоматологической ортопедической помощью и определяющие их абсолютную нуждаемость в стоматологическом ортопедическом лечении;

– получен новый фактологический материал о высокой потребности в изготовлении зубопротезных конструкций у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, необходимости обоснованного и рационального выбора материала, метода, конструкции зубного протеза применительно к каждой возрастной категории пациентов стоматологического ортопедического профиля;

– впервые систематизированы основные виды дефектов зубопротезных конструкций (несостоятельных по эстетическим, стабилизационным, окклюзионным и иным параметрам), повлекшие за собой необходимость повторного протезирования у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью;

– впервые определены основные социально-экономические факторы жизни, определяющие выбор стоматологической ортопедической конструкции пациентами пожилого, старческого возраста и долгожителями при планировании стоматологического ортопедического лечения;

– впервые определены возможности практического использования русскоязычной версии международного опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» - ОНIP-14-RU (The Oral Health Impact Profile) в качестве инструмента для оценки качества жизни лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью в медицинские стоматологические организации, обоснована целесообразность применения опросника при проведении массовых осмотров этих декретированных групп населения в ходе диспансеризации;

– впервые по результатам клинко-социологических исследований установлена взаимосвязь между стоматологической ортопедической заболеваемостью, состоянием различных видов зубопротезных конструкций,

социально-экономическим статусом пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей и стоматологическими параметрами качества жизни.

Теоретическая и практическая значимость исследования

1. Включение в план диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий методов оценки качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за квалифицированной стоматологической помощью, с помощью русскоязычной версии международного специализированный опросника ОНП-14, оформленного в виде отдельного вкладыша к медицинской карте, позволяет определить характер влияния нарушений стоматологического статуса на состояние здоровья пациента, развернуто охарактеризовать клиническую проблему и определить рациональный подход к лечению.

2. Практическое внедрение результатов оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в план диагностических мероприятий, а также использование специализированных стоматологических опросников в качестве скрининговой методики при массовых обследованиях пожилых людей в период диспансеризации дает возможность расширить спектр лечебно-диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий, обеспечит полноценную медико-социальную реабилитацию пациента в случаях выявления низкого, в сравнении с популяционными нормативными показателями, качества жизни возрастного пациента.

3. Практическое внедрение результатов измерения стоматологических составляющих качества жизни по опроснику «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-RU в комплекс методов оценки эффективности проведенного стоматологического ортопедического лечения помогает определить его результативность с учетом субъективного мнения пациента, соответственно, вывести процесс оказания медицинской стоматологической помощи на более высокий профессиональный уровень.

4. Использование результатов измерения качества жизни целесообразно для формирования медико-социальных групп, состоящих из людей пожилого, старческого возраста и долгожителей, в первую очередь нуждающихся в социальной поддержке и медицинской стоматологической помощи.

Методология и методы исследования

Научная работа выполнена на основе принципов, методов и подходов общенаучного и медицинского познания, в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины и требованиями надлежащей клинической практики. Дизайн клинико-социологического исследования одобрен решением локального этического комитета ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России и включал в себя 7 основных этапов:

Первый (1-ый) этап - анализ методологических подходов к изучению качества жизни в стоматологии и оценку возможности включения опросника в план диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в стоматологических медицинских организациях.

На 2-ом этапе проводилось построение протокола исследования качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, включающего в себя определение критериев включения и исключения пациентов в проводимое исследование, расчет минимального размера выборочной совокупности, определение дизайна проводимого исследования, выбор оптимального инструмента для изучения качества жизни людей пожилого, старческого возраста и долгожителей.

На 3-ем этапе выполнялось медицинское стоматологическое обследование и лечение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.

На 4-ом этапе осуществлялось социологическое обследование пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.

На 5-ом этапе исследовали качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с помощью альтернативной версии международного

специализированного опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» ОНП-14 RU (The Oral Health Impact Profile- 14).

На 6-ом этапе анализировали медицинские, социально-экономические факторы, влияющие на выбор стоматологической ортопедической конструкции и качество жизни пациентов.

На заключительном 7-ом этапе проводилась статистическая обработка результатов исследования.

Тема диссертации соответствует паспорту научной специальности 3.1.7 Стоматология - по направлениям исследований 11 – «Разработка и совершенствование методов организации и оказания стоматологической помощи населению и развития специальности в новых условиях хозяйствования» и 6 – «Разработка и обоснование новых клинико-технологических методов в ортодонтии и ортопедической стоматологии».

Положения, выносимые на защиту

1. Результаты анализа структуры стоматологической заболеваемости у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей позволяют выявить взаимосвязь между качеством жизни и стоматологическим ортопедическим заболеванием.

2. По результатам стоматологической ортопедической реабилитации пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей выявляется взаимосвязь между видом зубопротезной конструкции, материалом и технологией ее изготовления и качеством жизни пациента.

3. Социальные факторы, оказывающие влияние на жизнь пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, выполняют ключевую роль в выборе стоматологической ортопедической конструкции.

4. Качественное стоматологическое ортопедическое лечение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, проводимое с учетом их социального

статуса и предполагающее рациональный выбор зубопротезных конструкций, существенно улучшает качество их жизни.

Внедрение результатов исследования

Материалы исследования включены в учебные издания, методические рекомендации для студентов стоматологического факультета, врачей-ординаторов, врачей-стоматологов и используются в учебном процессе ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России.

Результаты исследования внедрены в клиническую практическую деятельность стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, ООО «Стоматологическая поликлиника №5» города Казани, АУ Чувашской Республики «Городская стоматологическая поликлиника» Министерства здравоохранения Чувашской Республики, стоматологического отделения БУ Чувашской Республики «Чебоксарская районная больница» Министерства здравоохранения Чувашской Республики.

Степень достоверности и апробация результатов диссертации

Достоверность полученных результатов обосновывается достаточным количеством проведенных исследований, применяемыми современными методиками изучения качества жизни и статистического анализа, адекватностью поставленных задач и логичностью полученных результатов и выводов. Научная работа выполнена на основе принципов, методов и подходов общенаучного и медицинского познания, в соответствии с принципами и правилами доказательной медицины и требованиями надлежащей клинической практики.

Материалы исследования доложены и обсуждены на: юбилейной конференции «Проблемы стоматологии и их решение» (Чебоксары, 2010), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения доцента Бриллиантовой Анны Николаевны (Чебоксары, 2015), XI-й Российской научно-практической конференции «Здоровье человека в XXI веке»

(Казань, 2019), VI-й международном конгрессе врачей-стоматологов «Образование, наука и практика стоматологии XXI века» (Казань, 2019), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области» (Краснодар, 2019), Научной конференции «Исторические вехи развития стоматологической службы Республики Башкортостан» (Уфа, 2019), Республиканской научно-практической конференции «Первичная медико-санитарная помощь. Опыт передовых практик в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение»», посвящённой 40-летию со дня образования ГАУЗ «Городская поликлиника №18» г. Казани (Казань, 2019), Всероссийской научно-практической конференции, посвященной основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману (Казань, 2019, 2020), Всероссийской научной конференции с международным участием «Фундаментальная и клиническая медицина: настоящее и будущее», посвященной 100-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки РСФСР и ЧАССР доктора медицинских наук профессора Амосовой Валентины Васильевны (Чебоксары, 2019), Межрегиональной научно-практической конференции «Вопросы фундаментальной и клинической медицины: традиции и инновации» (Чебоксары, 2020), III Межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицинской реабилитации» (Чебоксары, 2020), Международной научно-практической конференции «Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области» (Краснодар, 2020), Международной научно-практической конференции, посвященной памяти заслуженного деятеля науки Российской Федерации, профессора А.В. Алимского «Актуальные вопросы организации и оказания стоматологической помощи населению Российской Федерации в современных условиях» (Москва, 2020), IV Межрегиональной научно-практической конференции «Особенности оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста», посвященной Международному дню пожилых людей в рамках

научно-образовательного проекта «Школа терапевтического больного памяти профессора В.Г. Саперова. Возможность сохранения жизни при рациональной клинической практике» (Чебоксары, 2020), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Эстетика улыбки», посвященной профессору М.З. Миргазизову» (Казань, 2021).

Апробация диссертации проведена на заседании научной проблемной комиссии «Стоматология» ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России 08.12.2022 года.

Публикация результатов исследования

Материалы диссертации полно изложены в 33 научных работах, 16 из которых в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, включая 6 публикаций в журналах, входящих в международные базы цитирования Web of Science и Scopus.

Личный вклад автора

Автором осуществлен обзор 300 источников отечественной литературы, 295 источников зарубежной литературы, проанализирована текстовая и смысловая структура 10-ти валидированных международных специализированных опросников, по оценке качества жизни пациента. Проведено стоматологическое обследование и ортопедическое лечение 300 пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Лично проведен сопоставительный анализ данных опросников по оценке качества жизни стоматологического пациента до и после проведения стоматологического ортопедического лечения. Систематизированы и проанализированы сведения, полученные в результате обследования и стоматологического ортопедического лечения 1 000 пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Проведена статистическая обработка полученных результатов и написаны все главы представленной диссертации.

ГЛАВА 1

Геронтологические аспекты оказания стоматологической помощи пациентам
пожилого, старческого возраста и долгожителям и качество их жизни
Обзор литературы

За последнее столетие в мире сформировалась устойчивая тенденция старения населения. Это закономерный процесс, который является результатом снижения уровня рождаемости, роста смертности людей трудоспособного возраста, и, как следствие, увеличения численности населения пожилого и старческого возраста [4,9, 19,48,234,235]. Многие современные ученые связывают естественное старение населения с увеличением продолжительности жизни, чему способствовали прогресс науки и реформы в системе здравоохранения, позволяющие проводить раннюю диагностику и лечение основных системных заболеваний, которые и по сей день являются основной причиной смерти населения [12,16,41,234,290].

По данным зарубежной литературы, материалам ВОЗ, количество людей пожилого и старческого возраста к 2025 году увеличится до 24%, к 2050 году – до 30%. Согласно среднесрочному варианту прогноза Организации объединенных наций, аналогичные показатели численности населения России к 2031 года составят 42,3 миллиона (28,7%). Несмотря на то, что с 2007 года в России средняя продолжительность жизни существенно увеличилась, количественный показатель людей трудоспособного возраста остался неизменным, а численность людей пожилого и старческого возраста продолжает расти, и эта тенденция будет неизменно повышаться [207,235].

По данным государственного комитета по статистике по Республике Чувашия на 01.01.2022 г., общая численность населения старше трудоспособного возраста в Чувашской Республике составила 289 830 человек. Удельный вес данной возрастной

группы в общей численности населения составил 24,1%, для сравнения в 2020 году аналогичный показатель был 22,2%.

По прогнозным данным Росстата, ожидаемая средняя продолжительность жизни при рождении в Российской Федерации на 2020 год составляла 73,83 года, для мужчин - 68,30 года, для женщин 79,37 лет. На 2021 год данные изменились до 74,25 лет, на 2022 предположительно увеличились до 74,65, а на 2023 уже до 75,04 лет.

В настоящее время существуют различные классификации позднего периода жизни человека. Согласно классификации Всемирной организации здравоохранения от 1963 года, возрастной период от 25 до 35 лет, определяется как ранний взрослый возраст, от 35 до 45 – средний взрослый возраст, возраст от 46 лет до 59 лет рассматривается как поздний взрослый, от 60 до 74 лет как пожилой, от 75 лет до 89 лет как старческий, а людей в возрасте от 90 лет и старше называют долгожителями.

Наука, занимающаяся изучением процессов старости и старения, называется геронтологией (по-гречески «геронтос» – старик и «логос» – наука). Гериатрия – обширный раздел геронтологии, который обобщает и систематизирует сведения об особенностях диагностики, лечения и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний и специфических гериатрических синдромов.

В нашей стране организация медицинской помощи по гериатрическому профилю была регламентирована приказом Минздрава России от 28 июля 1999 г. №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» и принятой Правительством Российской Федерации Стратегией действий в интересах граждан старшего поколения.

Главным направлением предложенной Стратегии стало обеспечение здоровья пожилых людей с целью увеличения продолжительности жизни и повышения ее качества. В современном гуманном обществе качественная медицинская помощь должна быть доступна каждому ее члену и пожилой возраст не должен быть основанием для ее лишения. Амбулаторная медицинская помощь для людей пожилого

и старческого возраста может явиться самым доступным и удобным видом оказания медицинских услуг, поскольку гериатрическая помощь требует длительного и системного подхода. Важной поддержкой этого направления стало утверждение Министерством здравоохранения РФ Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия» в 2016 году. Согласно этому документу, гериатрическая служба должна быть единой межведомственной, преемственной и всеобъемлющей системой долговременной медицинской и социальной помощи людям пожилого и старческого возраста [235].

Поэтому, фундаментальные и прикладные исследования в области геронтологии и гериатрии является важным основанием для развития данного направления. Это позволит разработать и научно обосновать методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний, характерных для пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей и будет способствовать гуманной реализации поэтапного повышения пенсионного возраста.

1.1. Особенности стоматологической заболеваемости у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей

Состояние зубочелюстной системы людей пожилого возраста имеет ряд характерных особенностей. Зубы этих пациентов были неоднократно пролечены по поводу кариеса и, часто, его осложнений [1,69,76,87,91,94,97,102,107,144,145,188]. Зубные ряды имеют дефекты различной протяженности, а интактность зуба можно определить, только прибегнув к дополнительным методам диагностики. Именно у этой возрастной категории пациентов кариес корня является превалирующей патологией и составляет около 80% [35,195,216,220], а в структуре индекса КПУ (сумма кариозных (К) и пломбированных полостей (П), а также удаленных зубов (У)) определяющим – 77% является компонент У – удаленные зубы [175,176,177,186,187, 188,215,217,245,246,248,282,298,299].

Общесоматические заболевания и инволютивные процессы, имеющие место в стареющем организме, обуславливают наличие преимущественно дистрофических

форм заболеваний пародонта у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей [7,31,43,45,52,61,106,114,118,238]. В результате этого к 60 годам у этих пациентов отсутствует до половины всех зубов, в дальнейшем патологический процесс потери зубов усиливается [26,34,70,74,75,103,107,115,144] и у людей 60-74 лет частота полного отсутствия зубов составляет 28,9%, а у людей 75-89 лет возрастает до 43,3% [8,29,77,100,116,127,203,221].

Высокие показатели распространенности частичного и полного отсутствия зубов среди пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей обуславливают и высокую потребность в изготовлении различных зубопротезных конструкций. Согласно литературным данным при протезировании этой группы граждан более 80% зубопротезных конструкций приходится на долю съемных зубных протезов, из которых 48% составляют полные съемные протезы, 13% занимают частичные пластиночные протезы и 10% - бюгельные конструкции [88,115,222,262,268,269,279,280,289,295].

При анализе ортопедических конструкций, которыми вынуждены пользоваться пациенты пожилого и старческого возраста, было установлено, что 83% протезов, в силу различных причин, не удовлетворяли критериям оценки качества [70,79].

Старение организма длительный, сложный и многогранный процесс. Более 80% пожилых людей страдают заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной, нервной, опорно-двигательной системы, с возрастом нарастает частота выявления онкологических заболеваний различной локализации и степени выраженности. Полиморбидность или наличие у пациента нескольких хронических, длительно-протекающих заболеваний является характерной особенностью пожилого возраста и значительно осложняет оказание медицинской стоматологической помощи пожилым людям [117,119,121,254,277].

В связи с этим необходимо обратить внимание на особенности психологического состояния и социального положения пожилых лиц. Пожилые люди относятся к социально чувствительной группе населения. Зачастую они имеют

невысокий ежемесячный доход, проживают одиноко и имеют трудности в посещении стоматологических поликлиник, а отсутствие социальной поддержки в получении ортопедической стоматологической помощи делает ее недоступной. Эти факторы довольно часто усложняют конструктивное общение между медицинским работником и пожилым пациентом, так необходимое в процессе диагностики, лечения и реабилитации пациентов этой возрастной группы для получения стойкого положительного результата [28,37,73].

Парадигма современного здравоохранения, основываясь на традиционной медицинской модели здоровья, рассматривает ум и тело человека как понятия не взаимосвязанные, существующие отдельно друг от друга. Согласно данной концепции, здоровье и болезнь рассматриваются как биологические феномены, а возможности современной медицины - как вероятный потенциал восстановления утраченного здоровья. В результате такого обезличенного подхода большинство врачей постепенно утрачивают навыки установления психологических контактов с пациентами и членами их семей [24,80].

Пациенты пожилого и старческого возраста вынуждены посещать медицинские организации чаще пациентов других возрастных групп. Пожилые люди отличаются особым эмоциональным состоянием, обусловленным рядом факторов. Большинство пожилых людей имеют в анамнезе не одно и даже не два, а большее количество хронических, длительно протекающих соматических заболеваний. Предыдущий опыт общения с медицинскими работниками зачастую носит негативный характер и опирается на множество страхов: страх испытать чувство боли, страх обнаружить у себя новые, трудно поддающиеся лечению и требующие дополнительных финансовых затрат заболевания и т.д. Помимо клинического и психологического фактора необходимо учитывать и особое социальное положение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Зачастую это одинокие люди, не имеющие эмоциональной поддержки со стороны родственников. В этой ситуации врачу необходимо выстроить особые доверительные взаимоотношения с одиноким

пациентом, остро нуждающимся в общении. В иных случаях возрастает значение умения врача выстроить правильные отношения с сопровождающими родственниками или работниками социальных служб [24,28,50,71,78].

Врач, выполняя должностные обязанности и занимая, с точки зрения медицинской психологии, активную позицию, должен предугадывать последствия своих решений. Однако, большинство врачей, осуществляющих профессиональную деятельность в государственных медицинских учреждениях, поставлены в жесткие условия дефицита времени, исходя из чего многие принятые решения могут спокойно обдумать лишь спустя какое-то время. Тогда как пациент на протяжении всего периода общения с врачом является хотя и молчаливым, но весьма взыскательным собеседником, хорошо осознающим, что главной целью проводимых мероприятий является его выздоровление. Зачастую, играя пассивную роль человека, страдающего и ожидающего помощь, преклоняясь перед врачом как носителем особых знаний, профессионалом, способным избавить от болезни, пациент опасается высказывать собственное мнение, но, тем не менее, оценивает все поступки медицинских работников [84,95,109].

Вопрос построения взаимоотношений между врачом и пациентом является ключевым на протяжении всего периода диагностики, лечения и реабилитации. Несмотря на то, что в медицинской практике повсеместно введена необходимость получения добровольного информированного согласия пациента на проводимые диагностические и лечебные мероприятия, часто можно встретить ситуацию, когда врач не считает нужным разъяснить детали, касающиеся проводимого лечения. Возможно, строгое нормирование времени приема одного пациента не оставляет врачу возможности для глубокого анализа состояния пациента. И если врачу может оказаться достаточным время на выявление жалоб, осмотр, опрос, постановку диагноза и составление плана лечения, то время, отведенное врачу на проявление эмпатии (сопереживание) и доверительные беседы, практически отсутствует. Вместе с тем очевидно, что неторопливый, внимательный диалог врача-специалиста и

пациента, демонстрация эмпатии к пациенту, несомненно, должны способствовать конструктивному общению и формированию позитивного оптимистического настроения у пациента, способствующего проведению и успешному завершению всего комплекса лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий [110].

В современной практической медицине существует две модели построения взаимоотношений между врачом и пациентом. Первая модель предусматривает уважительные и доверительные отношения, построенные на принципах человеколюбия. Вторая модель очерчивает строгие границы между врачом – непререкаемым авторитетом и профессионалом, имеющим глубокие теоретические познания и пациентами [126,130,133,255,283,284,296,300].

Организационные изменения, произошедшие в последние десятилетия в системе здравоохранения, требуют от персонала медицинских организаций понимания того, что пациент – главный потребитель предоставляемых услуг, тот, кого врач призван и обязан слышать, и понять. Процесс оказания медицинской помощи осуществляется посредством слаженной работы врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Медицинские сестры, выполняя назначения врача, в значительной степени, способны компенсировать вынужденный недостаток внимания и содействовать формированию доверительных взаимоотношений между медицинским персоналом и пациентами. Грамотно выстроенное конструктивное общение, необходимое в процессе диагностики, лечения и реабилитации пациентов данной возрастной группы, позволит получить стойкий положительный результат, улучшить качество оказания медицинской помощи пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, повысить уровень их социального благополучия и качество жизни.

1.2. Анализ зубопротезных конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

Ортопедическая стоматологическая реабилитация пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей уже давно не является ординарной задачей

современной стоматологии, во многом связанной с анатомо-физиологическими особенностями стареющего организма. Планируя ортопедическую конструкцию, врач стоматолог-ортопед должен обеспечить приемлемую фиксацию зубопротезной конструкции, восстановить функциональность зубочелюстной системы и добиться хорошего эстетического результата [17,79,115,163,179,184,190].

В основу комплексного решения непростой задачи ортопедической стоматологической реабилитации пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей были положены различные теоретические анатомо-физиологические концепции, на основании которых были разработаны технические приемы изготовления зубных протезов. В настоящее время практической стоматологией накоплено большое количество знаний по протезированию пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Много работ посвящено модификации ортопедических конструкций и усовершенствованию технологии изготовления, с целью повышения их функциональности. Разработаны и успешно внедрены новые композиционные материалы для лучшего снятия оттисков, уменьшения токсического воздействия мономера базисных пластмасс, применение эластичной пластмассы для улучшения стабилизации съемных зубных протезов. Несмотря на неоспоримые достижения и успехи в материаловедении и биомеханике, в современной ортопедической стоматологии не существует технологии изготовления съемных ортопедических конструкций, гарантирующих длительный положительный результат. Неудачные исходы протезирования и отказ от использования зубных протезов составляют от 20 до 56,1% [203,204,218,219].

Приводимые в литературе данные свидетельствуют о 100% нуждаемости пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в квалифицированной стоматологической ортопедической помощи. У пациентов этой возрастной группы можно встретить все виды съемных и несъемных зубных протезов. Нуждаемость в одиночных искусственных коронках и штифтовых конструкциях впервые возникает в возрасте 19-30 лет и достигает своего максимума в возрастной группе 41-50 лет и к

возрасту 60 лет и старше становится незначительной в общей структуре ортопедических конструкций. Нуждаемость в стоматологическом ортопедическом лечении мостовидными протезами впервые возникает в возрасте 19-30 лет, достигает своего максимума в возрастной группе 40-50 лет и постепенно снижается к возрасту 60 лет и старше. Потребность в стоматологическом ортопедическом лечении съемными протезами впервые возникает в возрасте 40-49 лет. Минимальным этот показатель определяется в возрастной группе до 50 лет, постепенно увеличиваясь, достигает максимума в возрастной группе 70 лет и старше [107,257].

Сравнительный анализ зубопротезных конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, может явиться устойчивым основанием для дальнейшего изучения клинических и социальных факторов, оказывающих существенное влияние на качество жизни людей пожилого и старческого возраста.

1.3. Анализ дефектов зубопротезных конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

Заболеваемость органов и тканей рта занимает значительное место в структуре общей заболеваемости людей и по данным ряда авторов затрагивает 75-95% взрослого населения. Пожилые люди, зачастую, нуждаются в ортопедической стоматологической помощи в 100% случаев [36,53,70,120].

К факторам, оказывающим непосредственное влияние на потребность в ортопедической стоматологической помощи, можно отнести качество установленных зубных протезов и сроки пользования ими. Анализ качества зубопротезных конструкций выявил, что более чем в половине случаев причиной обращения пациентов за повторной ортопедической стоматологической помощью являются тактические ошибки и технические огрехи, возникающие при изготовлении зубных протезов [122,212].

Большинство жалоб пациентов приходится на долю съемных зубных протезов. Количество претензий пациентов на их качество неуклонно нарастает и составляет от

20 до 56,1%. Основной причиной обращения пациентов с целью повторного преждевременного протезирования является низкое качество ортопедического лечения, обусловленное ошибками в диагностике, применение устаревших технологий изготовления протезов, несоответствие вида протеза состоянию тканей протезного ложа, плохая гигиена рта [148,150].

Средний срок эксплуатации несъемных зубных протезов составляет 9 лет, съемных - около 5 лет. Искусственные коронки и мостовидные протезы заменяют по причине врачебных ошибок, которые связаны с ошибками в терапевтической подготовке зубов к ортопедическому лечению, тактическими ошибками в расчете количества опорных зубов, необоснованном выборе конструкции протеза, несоблюдении правил одонтопрепарирования и применении высокотехнологических процессов изготовления ортопедических конструкций при низкой профессиональной подготовке врачей стоматологов-ортопедов и зубных техников [213].

Последствия проведенного ортопедического лечения ненадлежащего качества изучены достаточно хорошо. Описаны локализованный хронический катаральный гингивит и локализованный хронический пародонтит в проекции зубов, использованных в качестве опоры для мостовидных протезов и фиксирующих элементов съемных протезов. Большая группа заболеваний слизистой оболочки рта является следствием нерационального протезирования. Сюда относят токсические и аллергические стоматиты, декубитальные язвы, травматический папилломатоз и другие [2,31,43,52].

Результатом проведенного ортопедического стоматологического лечения может быть не только патологические изменения во рту, но и реакция организма в целом, связанная, чаще всего, с непереносимостью конструкционного материала. Классическое взаимодействие ортопедической конструкции с организмом пациента определяется на локальном, тканевом уровне, в месте непосредственного контакта зубного протеза с тканями протезного ложа и системном уровне, системным влиянием материалов зубного протеза на весь организм [3,29,36,107,204,212,219,225,257,294].

Уменьшение побочного влияния ортопедических стоматологических конструкций должно быть одним из приоритетных направлений ортопедической стоматологии с целью уменьшения количества пациентов, обращающихся за повторным преждевременным протезированием и повышения качества жизни пациентов, обратившихся за стоматологической помощью.

1.4. Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

За последние десятилетия в стоматологии существенно возрос интерес к проведению научных исследований, ориентированных на изучение критериев оценки качества жизни пациентов. Множество научных публикаций подтверждают своевременность и необходимость проведения этих научных исследований. Использование хорошо зарекомендовавших себя международных опросников, глубокий анализ собранных с их помощью сведений поможет врачу своевременно получить объективные сведения и совместить их с субъективным мнением пациентов для определения рационального подхода к комплексному лечению, что поможет оптимизировать оказание медицинской стоматологической помощи [23,47,46,61,72,67,137,166,227,259,329,371,389,415,454,460,468,517,538].

Понятие «Качество жизни» уже давно стало термином, многократно упоминаемым в современной литературе различной научной направленности. Как отмечают в своих исследованиях С.Б. Эндрюс (S. B. Andrews) и Ф.М. Уитни (F. M. Withey) проблема состоит в самом определении понятия «Качество жизни», которое включает в себя мнение каждого человека, о том, что такое качество его жизни.

Анализ литературы по проблематике качества жизни свидетельствует, что существует много различных объективных и субъективных определений данного понятия, и еще больше подходов к его измерению и анализу [301,328,340].

Подобное определение можно заменить вопросом: «В какой степени Вы довольны своей жизнью?». Это определение весьма отличается от привычного набора социальных признаков: уровень дохода, социальное обеспечение, хорошая работа и

так далее. Оно многомерно и включает в себя не только материальное благополучие, но и здоровье человека, и его личностные интересы [470-473].

Исходя из медицинского мировоззрения, качество жизни характеризует эмоциональное, психологическое, экономическое, социальное и физическое состояние человека, исходя из его личного восприятия. В базовом определении понятия качества жизни можно выделить группу объективных факторов прямо или косвенно связанных со здоровьем и не менее важное субъективное мнение человека о его качестве жизни [166].

Во многих разделах медицины используется понятие «Качество жизни, связанное со здоровьем» (англ. *Health Related Quality of Life, HRQL*). Абстрактные и, зачастую непонятные слова «Здоровье» и «Качество жизни» часто встречаются как в литературе, так и в быту. Большинство из людей догадывается о возможном глубоком смысле этих слов и пытается дать им определение, основанное на личном жизненном и профессиональном опыте. Кроме этого, данные понятия динамичны и постоянно развиваются. То есть то, что подразумевается под понятием «Здоровье» сегодня, может, и будет отличаться от того, что такое «Здоровье» для нас завтра. Концептуальные понятия имеют свойство меняться под воздействием социальных, культурных и политических факторов. Эти факторы не просто изменяют и измеряют концептуальные понятия, они способствуют их возникновению и формированию. Таким образом, понятия «Здоровье» и «Качество жизни» представляют собой единицы картины мира, в которых отображаются ценности, как отдельной личности, так и общества в целом. Хотелось бы отметить, что дать определение понятиям «Здоровье» и «Качество жизни» сложно вследствие многообразия их составляющих, которые неоднозначны, неточны и используются попеременно [471].

Показатели, ориентированные на пациента в области медицины в целом и стоматологии в частности, являются частью парадигмы здравоохранения, где медицинская (биологическая) модель модифицируется, а иногда и подменяется на социальную модель здоровья. Социальная модель – это модель, обеспечивающая

фундамент для развития теоретических знаний и практических навыков, обеспечивающих здоровье. Она изменяет наше представление об основных составляющих здоровья и путях его достижения [457].

Полагаясь на медицинское, традиционное суждение о здоровье врач-специалист вынужден разделить «Ум» и «Тело» на два отдельных, не взаимосвязанных между собой понятия. Согласно данной концепции, «Здоровье» и «Болезнь» рассматриваются, как биологические феномены, а возможности современной медицины, как вероятный потенциал восстановления утраченного здоровья. В результате такого обезличенного подхода большинство врачей-стоматологов относятся ко рту, как к самостоятельно-существующей анатомической области, которая отдаленно и опосредованно связана организмом человека, хотя и является объектом лечения [457].

За последние 20 лет традиционный подход, представленный медицинской моделью здоровья, сошел на «нет», и недостатки медицинской модели стали причиной возникновения социальной модели. В данной модели здоровье определяется не отсутствием того или иного заболевания, а наличием оптимально функционирующего, социального и психологического здоровья и благосостояния. В результате перехода на социальную модель здоровья внимание перенесено с понятия «Заболевание» на понятие «Здоровье», другими словами, с лечения и профилактики заболеваний, медицинского обслуживания и распространения пропаганды здорового образа жизни на физическую среду и социальное окружение, то есть на основные факторы, определяющие состояние здоровья. В то же самое время, пациент рассматривается не просто как тело, биологическая оболочка, а как человек, субъект социума [437].

Большое значение уделяется субъективному мнению человека и его определению здоровья, сформированному через призму его личного опыта. Как отмечал Д. С. Коултер (J.S. Coulter) переход с одной модели на другую демонстрирует отказ от ограниченного, устаревшего мышления, в пользу целостного восприятия

здоровья и заболевания. Это и стало началом изучения возможных сложных и неоднозначных взаимосвязей между здоровьем органов и тканей рта, организмом в целом и качеством жизни человека [370].

Впервые понятие «Здоровье» было сформулировано в 1948 году Всемирной Организацией Здравоохранения и определялось как состояние организма человека, когда функции всех его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют, какие-либо болезненные изменения или «Здоровье» — это состояние противоположное «Болезни». Это определение медицинской модели, которое направлено на тело, части тела, системы и ткани. Оно основано на этиологических факторах, физиологических параметрах и клинических результатах [191-194,387]. В дальнейшем в это понятие было дополнено состоянием физического и духовного благополучия и было сформулировано, как субъективный опыт человека, определяющий его профессиональное, социальное и психологическое самочувствие. Следовательно, это определение относится к социальному опыту нашего организма и нас самих, и, как следствие, влияет на наше поведение в повседневной жизни. Оно относится к социальной модели и заставляет нас обратить внимание на ощущения, чувства и на способы их измерения [443-445].

Разграничение двух концептуальных понятий «Здоровье» и «Заболевание», представленное выше, кроет в себе и другие сложности. Во-первых, это разделение необходимо адаптировать и применить к оценке стоматологического здоровья. Так, например, М. Ев-Двайер (M. Yewe-Dwyer) дал следующее определение стоматологическому здоровью: «Стоматологическое здоровье – это отсутствие болезней и нарушений в полости рта, способность пережевывать пищу и эстетичный вид зубов» [591].

Несмотря на то, что данное определение имеет ссылку на функциональные и социальные факторы, а также разделяет медицинскую и социальную модели здоровья, оно все равно заключено в рамки предыдущего определения и здоровье здесь

определяется, как отсутствие каких-либо стоматологических заболеваний, и доминантой является полость рта, а не сам человек.

Новый, непривычный взгляд на стоматологическое здоровье продемонстрировал П. Долан (P. Dolan), обозначая стоматологическое здоровье как «удобный и функциональный зубной ряд, который позволяет человеку занимать желаемый им социальный статус». В данном определении удобство, функциональность и социальный статус являются ключевыми компонентами, что делает это определение ориентированным скорее на человека в целом, чем на ротовую полость [390].

Вторая трудность – это два уровня анализа при изучении стоматологических заболеваний и их последствий.

Первый вид анализа – анализ на уровне организма, суть которого заключается во взаимодействии заболеваний органов и тканей рта с заболеваниями других органов и систем организма.

Второй вид анализа – анализ влияния стоматологических нарушений на общее состояние здоровья человека и его благополучие. Довольно часто в современных научных трудах, посвященных стоматологическому здоровью и изучению качества жизни стоматологических пациентов, происходит смешение этих понятий [241,443-445]. Исходя из этого только человек может быть здоровым или нет, но не рот, как составляющая организма человека.

Следовательно, разделение между общим здоровьем и здоровьем рта не уместно, так как оно не имеет под собой ни биологической, ни теоретической основы. Данное разделение следует считать результатом исторически сложившихся обстоятельств.

Существующие трудности в определении таких понятий как «Заболевание», «Стоматологическое здоровье» и «Качество жизни», а также в определении характера их взаимодействия друг с другом во многом остаются нерешенными.

Конечная цель изучения возможного влияния здоровья полости рта на качество жизни человека — это наличие оптимально функционирующего организма, находящегося в состоянии физиологического и психологического комфорта, благополучно адаптированного в социальной среде.

Главная задача этого исследования заключается в анализе психологических, социальных и клинических показателей, определяющих здоровье рта и, оказывающих влияние на качество жизни пожилых людей.

Взаимосвязь здоровья и качества жизни также вызывает научный интерес. По некоторым определениям эти два концептуальных понятия выступают как дополняющие друг друга синонимы, таким образом, можно сказать, что показатели качества жизни неразделимо связаны с показателями состояния здоровья.

Исследования К. Стюарта (K. Stewart, 1994) и Т. Кинга (T. King, 1994) предметно демонстрируют взаимосвязь показателей качества жизни и здоровья. Проведенное ими исследование характеризует такие критерии, как физические возможности, психологическое состояние, социальное положение, умственный потенциал. Отдельному, детальному анализу была подвергнута боль, ее наличие, характер и влияние на жизнедеятельность человека [447,555].

Качество жизни — это показатель общего благополучия человека, который является более широким понятием, нежели просто материальная обеспеченность и хорошее здоровье [299]. Заблуждение думать, что слабое здоровье означает низкое качество жизни. Проведенные исследования показали, что люди, долгое время страдающие от хронических заболеваний, определяют свое качество жизни много выше, чем многие здоровые люди. Исследования, проведенные в США среди лиц пожилого возраста, показали, что, хотя респонденты и отмечают влияние состояния здоровья на качество жизни, но определяющим фактором его не считают [410].

В настоящее время существует большое количество теоретических моделей, изучающих понятия «Здоровье», «Заболевание», «Качество жизни». Одна из подобных моделей, предложенная С. Вилсоном (S. Wilson) и К. Клеари (K. Clearly),

рассматривает факторы, формирующие причинно-следственные связи, и объясняет влияние индивидуальных особенностей человека и особенностей социальной среды на формирование качества жизни [585].

Все изучающие и описывающие качество жизни опросники традиционно дифференцируются на общие и специализированные. Общие опросники характеризуют общесоматическое состояние здоровья человека и, связанные с ним субъективные ощущения, позволяющие человеку чувствовать себя комфортно в современной жизни. Специализированные опросники, маркируют взаимосвязь стоматологического здоровья и связанного с ним комфортного существования в современном обществе [189,190,386].

Сложно дать объективную оценку воздействия стоматологического здоровья, на качество жизни, используя только традиционные показатели, следует развивать и внедрять новые индикаторы, удобные для изучения стоматологического здоровья. Это может стать возможным благодаря совместной работе медицинского персонала: администраторов, врачей и медицинских сестер, которые способны выявлять показатели на основе своих клинических наблюдений и финансовых отчетов. Понятно, что разрабатываемые индикаторы выходят за пределы традиционных мер оценки состояния здоровья, они отражают физическое и психологическое состояние человека, способность его к реабилитации, анализ сопутствующей патологии и пр. [538].

Современное изучение состояния стоматологического здоровья неизменно опирается на данные субъективной информации, основанной на жалобах пациентов и объективной, являющейся следствием осмотра и результатов клинических и лабораторных исследований.

Самые распространенные показатели, используемые в отчетах о состоянии стоматологического здоровья, это: наличие или отсутствие зубов или зубных протезов; наличие или отсутствие боли, ее характер и периодичность; раны челюстно-лицевой области; симптомы, характерные для заболеваний пародонта;

чувствительность зубов к температурным и химическим раздражителям; наличие видимых и невидимых кариозных и некариозных поражений зубов и связанные с ними осложнения; наличие мягкого и твердого зубного налета; аномалии зубных рядов и характер их смыкания [327,394-397].

Редко оценивают такие показатели, как чувство неудовлетворенности внешним видом, неловкостью при улыбке, смехе или разговоре, трудностями в приеме привычной пищи и неспособностью различать вкусовые нюансы. Еще реже оценивается взаимосвязь между здоровьем рта и возможными нарушениями сна, головной болью и избыточной массой тела.

В условиях современной медицины и врачи, и пациенты должны понимать взаимосвязь между стоматологическим здоровьем, общим здоровьем и качеством жизни, обусловленным состоянием здоровья [356,401,424,477-480,498].

Люди, имеющие одно и то же заболевание, реагируют на его проявления по-разному. Одно и то же заболевание по-разному влияет и на поведение человека. Некоторые болезни и их проявления могут повлиять на поведение человека сильнее, чем другие. Например, заболевания пародонта, приводящие к подвижности и потере передней группы зубов, доставляют человеку больше беспокойства, нежели аналогичные проявления болезни в боковой группе зубов. Другой пример: пациентов чаще беспокоят кариозные и некариозные поражения передней группы зубов, нежели боковой. В тоже время зубная боль беспокоит пациентов и влияет на их поведение независимо от групповой принадлежности зубов. Именно зубная боль чаще других симптомов вынуждает людей искать помощи у профессионалов [397].

Недавние исследования подтверждают, что научные изыскания, в которых используются субъективные индикаторы: опросы, анкеты, и пр. более наглядно демонстрируют разную оценку симптомов одного и того же заболевания у разных людей, что они понимают под стоматологическим здоровьем и как оценивают состояние здоровья рта, какой клинический индикатор они выбирают [315,369,422,458,489,522].

Невозможно не согласится, что признаки плохого состояния стоматологического здоровья такие как, ограничение или неспособность открывать рот, невозможность откусить пищу, трудности при жевании, неспособность различать вкусовые ощущения, говорить или глотать существенно затрудняют повседневную деятельность человека, отрицательно влияют на психосоциальные факторы жизни, личное общение, ролевое поведение и уверенность в себе [387].

Такие физические недостатки как наличие или отсутствие зубов, нездоровое питание, недовольство своей внешностью, смущение при улыбке, смехе или разговоре рассматриваются как социальные признаки и, скорее, ассоциируются с поведением человека в обществе, нежели с критериями объективной оценки стоматологического здоровья [67,112,259,460,473,516,538,387].

Одним из основных факторов, определяющих качество жизни, является постоянная хроническая боль. Она отрицательно влияет на эмоциональное, физическое и экономическое состояние человека, поскольку нарушает ритм повседневной жизни и провоцирует потерю времени на работе. Люди чаще находятся дома, избегают встреч с друзьями и членами семьи, волнуются по поводу состояния своего здоровья, постоянно консультируются с врачами и не могут употреблять в пищу множество привычных и любимых продуктов. В результате многочисленных исследований, проводимых среди трудоспособного населения, было выявлено, что наибольшее количество часов отсутствия на рабочем месте связаны с проблемами полости рта [395,441].

Влияние стоматологического здоровья на качество жизни было изучено не только на индивидуальном уровне, но и в социальной сфере. Например, было предложено сравнение времени, затраченного на работу и времени, затраченного на посещение врача-стоматолога. Было установлено, что люди, имеющие заболевания стоматологического профиля и тратящие большое количество времени на посещение стоматологов, имеют высокий уровень беспокойности состоянием своего здоровья

и рассеянно относятся к выполнению профессиональных обязанностей, что, в итоге, оказывает влияние на уровень дохода и на качество жизни [395].

Существует очень важный показатель оценки качества жизни – способность быть здоровым. Способность быть здоровым включает в себя два аспекта: изъян и потенциал. В качестве изъяна (недостатка, порока) можно рассмотреть врожденные и приобретенные деформации челюстно-лицевой области. Возможность исправить недостаток – потенциал – заключается в высокой жизнестойкости и стрессоустойчивости этих пациентов, не имеющих возможность быть здоровыми изначально при рождении или в силу неизлечимости приобретенной болезни [471].

Таким образом, можно констатировать, что показатели взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни являясь независимыми индикаторами, могут быть использованы самостоятельно в рамках анализа лечебной деятельности врачей-стоматологов, в оценке течения заболевания и эффективности проводимого лечения, прогнозе возможных осложнений и обосновании приоритетной программы дальнейших действий, а также, во многом определять финансовую сторону проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Многие из обсуждаемых параметров могут быть одновременно и результатами, и определяющими факторами. Например, результат предыдущего лечения становится причиной последующих диагностических мероприятий, что может повлиять на дальнейшие поиски медицинской организации или лечащего врача.

Анализ состояния стоматологического здоровья с учетом субъективной оценки качества жизни может помочь решить многие вопросы организации стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста. Включение простых и эффективных социологических инструментов для изучения качества жизни в повседневную медицинскую и стоматологическую практику позволит повысить качество оказания зубопротезной помощи и, в целом, благополучие людей данной возрастной группы.

ГЛАВА 2

Организация, материал, объем и методы исследования

2.1. Характеристика этапов исследования

На начальном этапе был проведен тщательный отбор и анализ доступной отечественной и зарубежной литературы, описывающей методологические подходы к изучению качества жизни. Особое внимание уделялось изучению критериев оценки качества жизни в стоматологии. Были тщательно изучены англоязычные версии международных опросников и оценена возможность создания их русскоязычных версий, в соответствии с необходимыми требованиями международного общества по исследованиям качества жизни (ISOQOL, International Society for Quality of Life Research), прошедших процесс валидации и допустимых к применению в России (Рисунок 1).

2.1.1. Построение протокола исследования качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

Основные принципы проведения клинических исследований, изложенные в Хельсинской декларации Всемирной медицинской ассоциации и международные правила «надлежащей клинической практики», разработанные Всемирной организацией здравоохранения (Good Clinical Practice – GCP) в 1956 году, определили этическую составляющую проводимых исследований. По правилам GCP в качественных клинических исследованиях должна быть обеспечена защита прав человека. Протокол настоящего исследования был одобрен локальным этическим комитетом, каждый пациент был включен в исследование только после подписания информированного согласия на участие в нем. Согласно основам GCP, биомедицинское исследование проводилось высококвалифицированным обученным персоналом на сертифицированном оборудовании.

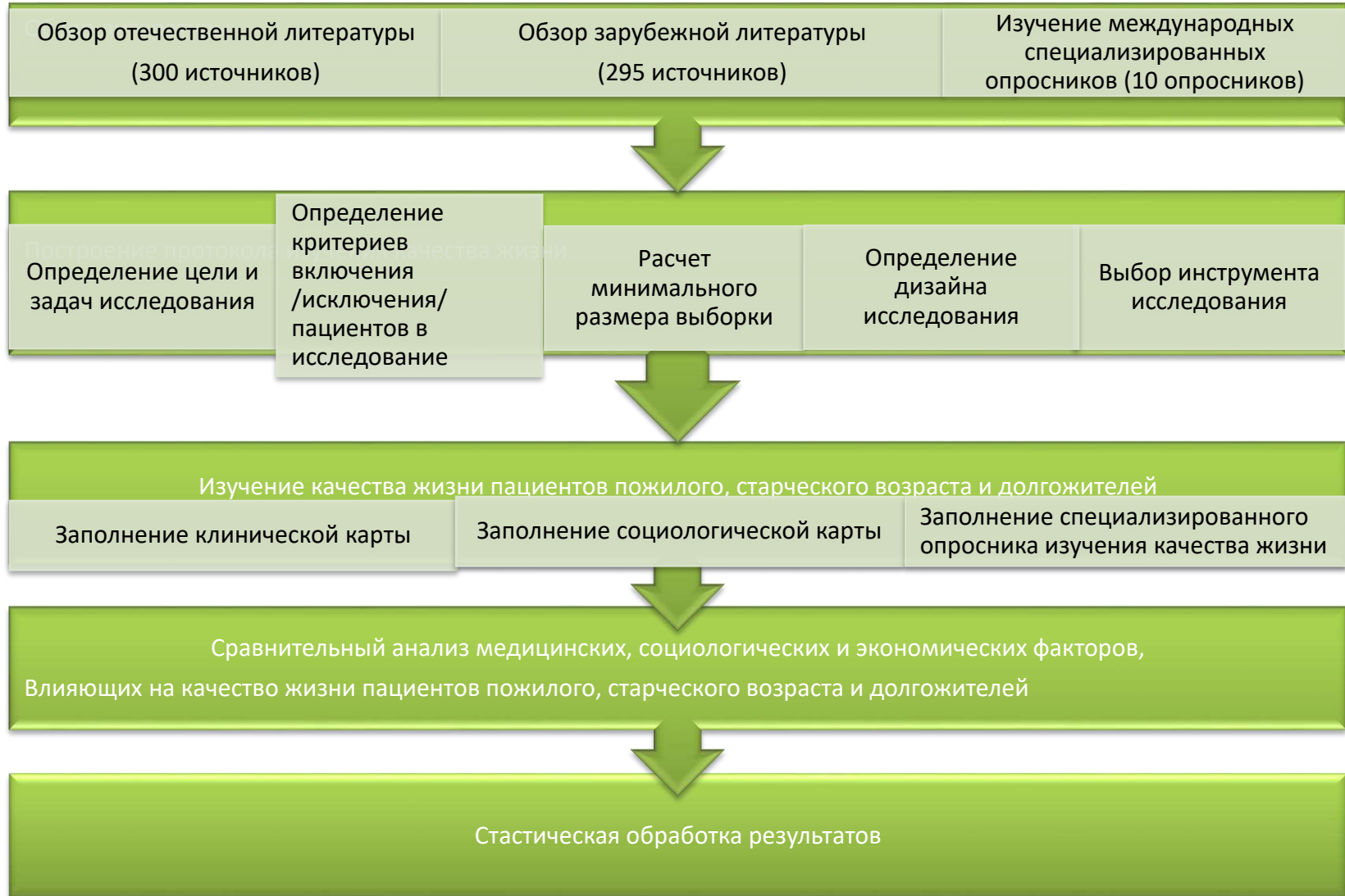


Рисунок 1 - Этапы и объем исследования

Поскольку изучение качества жизни предполагает применение стандартной международной методологии, то планирование исследования начиналось с составления протокола. После определения цели и задач исследования были разработаны критерии включения /исключения/ пациентов в проводимое исследование.

Критерии включения в исследование:

- пациенты, давшие информированное согласие на участие в исследовании;
- возраст пациентов 60 лет и старше;
- наличие дефектов зубных рядов;
- свободное владение устным и письменным русским языком;
- проживание респондентов на территории Чувашской Республики.

Критерии исключения из исследования:

- пациенты, не пожелавшие участвовать в проводимом исследовании;
- возраст пациентов менее 60 лет;
- пациенты, не владеющие русским языком в должном объеме;
- пациенты, страдающие психическими заболеваниями и расстройствами памяти различной этиологии.

Далее проводился *расчет минимального размера выборочной совокупности* выборочным методом. Применение выборочного метода предполагает следующие этапы:

1. Определение объема выборочной совокупности.
2. Специальный отбор необходимой численности единиц из генеральной совокупности.
3. Расчет выборочных статистических величин и оценка их репрезентативности.
4. Распространение результатов исследования с выборочной совокупности на всю генеральную совокупность.

Отбор необходимой численности единиц из генеральной совокупности проводился типологическим способом. Генеральную совокупность предварительно разделили на отдельные качественно однородные группы (типы) по возрастному признаку: 60–74 лет, 75-89 лет, 90 лет и старше. После предварительного деления генеральной совокупности на группы провели отбор части единиц внутри каждой типологической группы. Отбор осуществлялся механическим путем, когда единицы генеральной совокупности располагали в определенном порядке по номерам, а затем механически производили отбор единиц через интервал в 5 единиц. В обязательном порядке учитывали, чтобы объем выборки из каждой типологической группы был пропорционален удельному весу данной группы в составе изучаемой генеральной совокупности.

После отбора всех единиц выборочной совокупности приступали к расчету статистических величин: средних арифметических, относительных величин, коэффициентов корреляции и др.

Важным этапом выборочного метода стала оценка репрезентативности выборочных статистических величин. Для их оценки использовали ошибку репрезентативности (m). Она показала, насколько результаты, полученные при выборочном наблюдении, отличаются от результатов, которые были бы получены при сплошном изучении всей генеральной совокупности.

Ошибку репрезентативности (m) средней арифметической рассчитывали по формуле:

$$m = \frac{\delta}{\sqrt{n}}, (1)$$

где δ - среднее квадратическое отклонение,

n – число наблюдений.

Ошибку репрезентативности для показателя рассчитывали по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{p \times q}{n}}, (2)$$

где p – величина показателя (доля) в %,

$q = (1000 - p)$,

n – число наблюдений.

Заключительным этапом применения выборочного метода стало распространение результатов выборочного исследования на всю генеральную совокупность. Используя ошибку репрезентативности m с заданной мерой вероятности безошибочного прогноза p , можно установить доверительные границы, в пределах которых будет находиться средняя арифметическая величина признака в генеральной совокупности. Для этого применялась формула:

$$M = m \pm tm, \quad (3)$$

где M – доверительные границы средней арифметической генеральной совокупности,

m – средняя арифметическая, полученная в выборочной совокупности,

t – критерий точности, который зависит от заранее заданной вероятности безошибочного прогноза p .

Математически доказано, что при соотношении $p = 95\%$ $t=2$ и $p=99,7\%$ $t =3$ доверительная вероятность медико-статистических исследований характеризует надежность полученных результатов.

Выборочная совокупность в размере 1000 человек была определена как достоверная.

Согласно требованиям стандартов, GCP качественное клиническое исследование должно пройти процедуру *рандомизации*, которая предполагает независимое слепое деление пациентов на контрольную и экспериментальную группы, что позволяет предотвратить элемент предвзятости в оценке результатов исследования.

В процессе планирования исследования возникла проблема формирования контрольной группы, оказалось, сложно найти достаточное количество пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с сохраненными зубными рядами, что исключало возможность реализации принципа рандомизации при формировании

групп наблюдения. Соответственно было принято решение о проведении статистического исследования методом сравнения зависимых совокупностей «До-После» с помощью парного t-критерия Стьюдента.

Объектом исследования явились 1000 респондентов от 60 до 94 лет. В группе наблюдения представлены 573 (57,3%) женщины и 427 (42,7%) мужчин.

Дизайн проводимого исследования качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей предполагает классическое наблюдательное продольное проспективное исследование с двукратным опросом респондентов (Схема 1). В качестве *оптимального инструмента для изучения качества жизни* была выбрана валидированная русскоязычная версия специализированного опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» (The Oral Health Impact Profile, OHIP-14-RU).

Обследование пациентов, проводимое в рамках протокола исследования качества жизни, включает в себя несколько компонентов:

- заполнение медицинской карты обследуемого пациента;
- заполнение социальной анкеты;
- заполнение специализированного опросника изучения качества жизни.

2.1.2. Медицинское стоматологическое обследование пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

На втором этапе проводилось медицинское стоматологическое обследование пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с целью определения структуры стоматологической заболеваемости, характера и объема повреждений органов и тканей рта. Дизайн этого этапа исследования можно определить, как поперечное исследование с однократным обследованием пациентов.

До начала проведения исследования все пациенты подписывали согласие на обработку персональных данных, информированное добровольное согласие на участие в социологическом исследовании: «Изучение качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей» и информированное добровольное

согласие на обследование и стоматологическое лечение, проводимые в рамках научного социологического исследования: «Изучение качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей».

Результаты стоматологического обследования заносились в медицинскую карту стоматологического больного, форма №043/у (Приложение 1).

После регистрации паспортных данных, уточнялись жалобы, которые пациент предъявлял на момент обследования, перенесенные основные и сопутствующие заболевания. Описывалась история развития имеющихся стоматологических заболеваний и особенности их клинического проявления. Особое внимание уделялось состоянию твердых тканей опорных зубов, слизистой оболочки и костной ткани протезного поля. Отмечали осложнения, возникшие в результате потери зубов, повлекшие за собой функциональные нарушения. Перечислялись имеющиеся во рту ортопедические конструкции, отмечалась удовлетворенность пациентов ими. Всем обследуемым пациентам был поставлен диагноз согласно классификации дефектов зубных рядов по Кеннеди (1923), которую удобно использовать в качестве описательного инструмента, детально отображающего дефекты зубных рядов.

Помимо субъективного мнения пациентов, лечащим врачом-стоматологом-ортопедом проводилась врачебная, профессиональная экспертиза имеющихся протезов: оценивалась их эстетическая и функциональная состоятельность. Уточнялось время изготовления ортопедических конструкций, имели ли место починки и переделки вовремя пользования протезами и, какова причина повторного обращения пациента за стоматологической помощью.

Лечащий врач-стоматолог-ортопед оценивал усугубление клинической ситуации с профессиональной точки зрения и отмечал наличие врачебных ошибок, допущенных на разных этапах ортопедического лечения. Были ли ошибки допущены на этапе планирования ортопедического лечения: ошибки в оценке клинической ситуации или в выборе конструкции будущего зубного протеза. Насколько допущенные технические погрешности привели к повторному протезированию.

Раздел с данными объективного исследования заполнялся по следующей схеме:

1. Зубная формула со стандартными обозначениями (О – отсутствует, R - корень, С - кариес, Р - пульпит, Рt - периодонтит, П - пломба, А - пародонтит, I, II, III, IV – степень подвижности, К - коронка, И - искусственный зуб. Оценивали также состояние слизистой оболочки рта.

2. Зубная формула со вновь изготовленной зубопротезной конструкцией, указывающей на усугубление клинической ситуации.

3. Вид зубопротезной конструкции, применяемой при повторном протезировании, указывающий на усугубление клинической ситуации:

- замена одиночных коронок на мостовидные протезы,
- замена несъемных протезов на съемные,
- замена съемных протезов при частичной потере зубов на подобные, но большей протяженности,
- изготовление съемных протезов при полной потере зубов.

2.1.3. Социологическое обследование

пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

На третьем этапе исследования пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителей было предложено ответить на вопросы стандартной социальной анкеты, в которой отображалась следующая информация: возраст, гендерная принадлежность, образование, трудовая занятость, уровень среднемесячных доходов, семейное положение, свободное времяпровождение (Приложение 2).

2.1.4. Исследование качества жизни

пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

На четвертом этапе с помощью сокращенной русскоязычной версии международного специализированного опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» ОНIP-14-RU (Приложение 3) проводился анализ

показателей качества жизни людей пожилого, старческого возраста и долгожителей разных медицинских и социальных групп.

Оценочный индекс «Степень важности стоматологического здоровья» был создан для сбора объективной информации о стоматологическом здоровье. Результаты опроса дополняют традиционные эпидемиологические данные, что раскрывает специалистам информацию о наличии заболевания у той или иной группы людей и помогает подобрать наиболее эффективные методы лечения.

Степень важности стоматологического здоровья возник в результате попыток ученых измерить воздействие медицинского обслуживания на функциональное и социальное состояние человека. Результатом этих попыток стала концептуальная модель, которая и определила соответствующие критерии этого влияния. Эта же модель определила показатели, которые могли быть использованы для создания определенных разделов, которые в свою очередь отражали бы как частоту, так и силу каждого воздействия.

Концептуальная модель стоматологического здоровья, представленная Д. Локером, была использована для определения семи основных параметров: функциональная ограниченность (например, трудности при жевании), физическая боль, психологический дискомфорт, физическая недееспособность (например, вынужденные изменения в диете), психологические нарушения (например, неспособность мгновенно сконцентрироваться), социальная неполноценность (например, избегание контактов с людьми) и инвалидность. Эта модель основана на классификации, представленной ВОЗ, в которой воздействия заболеваний классифицированы как внутренние симптомы, влияющие на человека, и представлены в виде функциональных ограничений и нарушений, которые отрицательно влияют на социальный статус человека, например, на его работоспособность.

Классический вариант опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» состоит из 49 утверждений, которые были перефразированы в вопросы. Ответы позиционировались согласно шкале Р. Ликерта (R. Likert).

Независимые выводы, вытекающие из анализа индекса «Степень влияния стоматологического здоровья», основаны на эпидемиологических исследованиях, которые показали высокие значения показателей среди:

- людей, у которых имеются дефекты твердых тканей зубов, дефекты зубных рядов и болезни пародонта различной степени тяжести;
- населения низкого социального уровня, которое в связи с экономическими факторами редко, только в случае крайней необходимости, посещает врача-стоматолога;
- пациентов, инфицированных ВИЧ-инфекцией;
- большинства социально и экономически благополучных людей пожилого возраста.

Стоматологический индекс качества жизни «Степень влияния стоматологического здоровья» ОНП-14-RU (О.С. Гилева с соавт., 2008) представляет сокращенную версию полного индекса ОНП-49-RU - золотого стандарта оценки качества в жизни в стоматологии, состоит из 14 вопросов, (7 шкал) отражают наиболее существенные стоматологические параметры нарушений КЖ: ограничение функции (ОФ), физический дискомфорт (ФД-Б), психологический дискомфорт (ПД), физические нарушения (ФН), психологические расстройства (ПР), социальные дезадаптация (СД), ущерб (У). Ответы на вопросы индекса ОНП-14 ранжированы соответственно ответам: «никогда» - 0 баллов, «крайне редко» - 1 балл, «часто» - 2 балла, «очень часто» - 3 балла, «постоянно» - 4 балла. Расчет индекса проводили путем суммирования баллов по отдельным шкалам и по опроснику в целом (от 0 до 56). Высокие значения индекса соответствовали низким показателям индекса.

С целью изучения качества жизни обследованы пожилые люди, проживающие самостоятельно или в семьях, имеющие возможность получать высокотехнологичную

и квалифицированную стоматологическую помощь в условиях стоматологической медицинской организации.

При заполнении диагностических карт, социальных анкет и анкет по изучению качества жизни интервьюерами выступали врачи-стоматологи и медицинские сестры медицинских стоматологических организаций, которые придерживались принципов врачебной этики и деонтологии. Медицинским персоналом была воссоздана обстановка психологического комфорта, респондентам в доступной форме излагалась информация о проводимом исследовании, при необходимости предлагалась помощь в заполнении анкеты или разъяснялись непонятные для пожилых людей пункты опроса. За респондентами безоговорочно оставлялось право на независимость в определении объема и характера предоставляемой информации.

Во время первого врачебного приема пациенту предлагалось пройти стандартную процедуру заполнения документации: информированное добровольное согласие на обработку персональных данных, участие в научном исследовании, проведение стоматологического обследования и лечения. Дальнейшее стоматологическое обследование дополнялось заполнением медицинской стоматологической карты, социальной анкеты и специализированного опросника изучения качества жизни. С пациентом согласовывался план лечебных и реабилитационных мероприятий.

Во второй и последующие визиты проводилось стоматологическое ортопедическое лечение в необходимом объеме.

По истечении 4 месяцев с момент окончания стоматологического лечения пациенту предлагалось повторно заполнить специализированный опросник изучения качества жизни. Повторное анкетирование проводилось в том числе дистанционно, посредством телефонного опроса.

На пятом этапе проводился сравнительный анализ медицинских, социально-экономических факторов, влияющих на выбор стоматологической ортопедической конструкции и качество жизни пациентов.

На заключительном этапе проводилась оценка эффективности оказания медицинской стоматологической помощи пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителей, проживающим в семьях или самостоятельно и получающим квалифицированную медицинскую помощь в условиях медицинских стоматологических организаций государственной формы собственности.

2.2. Статистическая обработка результатов исследования

Результаты, полученные в ходе проведения научного исследования, обрабатывались с применением параметрических методов статистического анализа. Сбор, группировка и коррекция информации предварительный просмотр осуществлялись в табличной форме Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводился с использованием программы SPSS, STATISTICA 13.3 (разработчик - StatSoft.Inc).

С целью расчёта минимального размера выборочной совокупности использовался выборочный метод статистического анализа, позволяющий получить характеристику всей изучаемой совокупности в целом (генеральной совокупности) на основе специального отбора и изучения части составляющих ее единиц (выборочной совокупности).

При описании количественных показателей, полученные данные объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних арифметических величин (M) и средней ошибки средней арифметической величины (m). При оценке достоверности средних величин руководствовались правилом, когда средняя арифметическая величина при числе наблюдений в выборочной совокупности при значительном количестве измерений (30 и более) должна превышать свою ошибку не менее чем в 2 раза. Полученные результаты соответствуют высокой степени их статистической достоверности с вероятностью более чем 99,7 %.

Предварительно количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению, для этого использовался критерий Колмогорова-Смирнова.

Для сравнения двух зависимых (парных) выборок при нормальном их распределении был использован парный t-критерий Стьюдента со сравнением данных, полученных до стоматологического ортопедического лечения и после него. Зависимыми были определены измерения показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, выполненные у одних и тех же пациентов, до ортопедического стоматологического лечения и через 4-6 месяцев после него.

ГЛАВА 3

Анализ методологических подходов
к изучению качества жизни в стоматологии
Результаты собственных исследований

3.1. Влияние стоматологического здоровья на социальную адаптацию человека

The Social Impacts of Dental Disease (SIDD)

Изучение влияния болезней органов и тканей рта на социальную адаптацию человека - один из самых первых стоматологических опросов, который был разработан и введен в начале 1980 года. Причиной создания первого опросника стала неудовлетворенность организаторов стоматологической службы имеющимися показателями оценки состояния стоматологического здоровья пациентов. Критерии оценки состояния здоровья пациентов не учитывали тяжесть его течения, наличие осложнений, качество оказываемой стоматологической помощи и влияние стоматологических заболеваний на благополучие людей [356,381].

В результате продолжительных дискуссий, посвященных определению понятия «Качество жизни», и был разработан данный опросник. В основу опросника было заложено определение болезни, как неспособности организма справляться с симптомами заболевания [517].

С. Х. Волински (S. H. Wolinsky) выстроили модель здоровья человека, в которой внимание было сосредоточено на трех главных факторах состояния здоровья: медицинском, социальном и психологическом [588].

Медицинский фактор определялся с точки зрения врача, на основе объективных показателей состояния здоровья; социальный фактор оценивался с точки зрения положения и роли человека в обществе; психологический фактор рассматривался с точки зрения индивидуума, когда учитывалось наличие состояния счастья, радости и

удовлетворенности человека жизнью. Эти три показателя и легли в основу индекса влияния стоматологического заболевания на социальную среду человека.

Этот индекс был создан таким образом, что медицинские, психологические и социальные факторы рассматривались в пределах единой системы. Согласно данной модели, состояние стоматологического здоровья человека и потребность в лечении находятся под влиянием трех факторов, диктуемых современным обществом: уязвимость, мотивация и самосохранение.

Понятие уязвимость предполагает условия жизни человека, историю возникновения стоматологического заболевания, доступность стоматологических услуг и связанные с этим социально-экономические изменения в жизни.

Мотивация предусматривает обеспокоенность человека состоянием здоровья органов и тканей рта и его взаимосвязью с состоянием здоровья в целом.

Самосохранение предполагает регулярное проведение профессиональных лечебных и профилактических мероприятий, самостоятельную гигиену рта и другие меры поддержания состояния стоматологического здоровья [302,375].

В результате анализа проведенных опросов, показатель социального и психологического влияния стоматологических заболеваний был поделен на пять значимых критериев: функциональный (ограничение физиологических функций рта), социальный (ограничение общения), комфорт и благополучие (боль и, связанный с ней дискомфорт) и эстетическая неудовлетворенность. Опросы, в основе которых лежал данный индекс, проводились среди большого количества случайно отобранных респондентов. Все пять критериев были относительно независимы друг от друга, однако отмечалась слабая взаимосвязь между проблемами с принятием пищи и дискомфортом от боли, а также между неудовлетворенностью внешним видом и ограничением в общении [356].

Применение индекса «Влияние заболеваний полости рта на социальную адаптацию человека» в качестве индикатора состояния стоматологического здоровья, позволило выявить низкий уровень стоматологического здоровья. Две трети

опрошенных подтвердили влияние стоматологического здоровья на их жизнь. Интересно, что респонденты жаловались в основном на дискомфорт, вызванный повышенной чувствительностью к холодному и горячему, на застревание пищи между зубами, т.е. с теми критериями, которые как раз и определяли качество жизни и не имели никакого отношения к объективным медицинским показателям [491].

Как показал данный опрос, стоматологическое здоровье оказывает определенное влияние на жизнь человека. Например, многие респонденты оценили состояние здоровья рта как хорошее и высоко оценили степень удовлетворенности качеством жизни, хотя и понимали, что нуждаются в лечении [518].

Стоматологические заболевания, как правило, не опасны для жизни и не могут повредить общему состоянию здоровья. Но их последствия оказывают большое влияние на многие аспекты жизни человека. Например, они могут не позволить человеку наслаждаться жизнью в полном объеме, построить личную жизнь или создать положительный портрет человека в глазах других.

Опрос, оценивающий влияние болезней органов и тканей рта на социальную адаптацию человека – это первая попытка измерить влияние стоматологического здоровья на жизнь человека. Этот опросник легко применим в практической деятельности, но, к сожалению, не позволяет измерить силу воздействия стоматологического здоровья на качество жизни.

3.2. Профиль влияния заболевания

The Sickness Impact Profile (SIP)

Опросник «Профиль влияния заболевания» представляет собой первую попытку ученых создать многомерный, междисциплинарный показатель состояния здоровья, основанный на поведении человека. Этот неспецифический индекс лежит в основе многих современных опросников, посвященных изучению качества жизни пациентов различного профиля [326].

Данный опросник является универсальным инструментом, который предназначен для измерения ограничения физической активности респондентов, возникающих вследствие различных заболеваний [357].

Авторы данного опросника утверждают, что он может быть использован для оценки здоровья населения, оценки проводимого лечения, оценки работы государственных программ, реализуемых в области здравоохранения, оценки состояния здоровья человека и его взаимоотношений с системой здравоохранения [357].

Этот опросник, зарекомендовавший себя, как многогранный способ оценки состояния здоровья человека, переведен на многие языки: французский, немецкий, датский, голландский, была создана испанская версия для мексиканцев, живущих в Америке, и использовался среди разных возрастных, социальных, этнических и гендерных групп [366,511].

Работа над данным индексом началась еще в начале 70-х годов. Индекс «Профиль влияния заболевания» был создан по результатам наблюдений пациентов, врачей, сиделок и здоровых людей. Оценке подвергались нарушения и отклонения в поведении. Больше тысячи человек заполнили специальные анкеты, где 1250 вопросов были посвящены влиянию здоровья на поведение человека, которые в конечном итоге были сокращены до 312. Далее полученные ответы были разделены на 14 групп (дополнительные шкалы активности). Респондентов попросили проверить содержание каждой позиции, которая описывала их состояние, и каждая из которых имела отношение к их здоровью. Шкала измерения была разработана группой ученых из 25 человек, которые определили позиции в процентном отношении и оценили их с точки зрения коэффициента нагрузки. С помощью сопоставительного анализа данных, оценки мер, стандартных отклонений между учеными было достигнуто согласие.

Позиции, в отношении которых не было достигнуто согласия и которые имели наибольшие отклонения, были удалены, и опрос был сокращен до 235 утверждений.

Далее была вычислена шкала измерения путем суммирования значений масштабных коэффициентов, поделенных на сумму значений, умноженную на 100.

Дальнейшая работа заключалась в оценке психометрических свойств шкалы измерения. Эта работа привела к заключительной версии опросника, которая теперь состоит из 136 основных позиций и 12 дополнительных, включая сон, отдых, питание, ведение домашнего хозяйства, работа, отдых и времяпрепровождение, уход за телом и занятия спортом, мобильность, подвижность, эмоциональное поведение, социальное взаимодействие и общение.

Опросник может быть заполнен как интервьюером, так и интервьюируемым человеком. Его можно провести в виде интервью по почте или по телефону. Весь опрос по всем позициям занимает примерно 30 минут [326,327].

Изначально предложенный опрос был подвергнут критической оценке на надежность и валидность со стороны многих ученых. М. Бергнер (M. Bergner) и другие ученые оценили надежность и валидность предложенного опросника с помощью пробного опроса среди пациентов, страдающих хроническими заболеваниями щитовидной железы и системными заболеваниями соединительной ткани. Надежность повторного теста и валидность были высоки. Такие показатели, как конвергирующая и дискриминантная валидность, проверенные с помощью мультитехнологий были признаны приемлемыми, критериальная валидность, основанная на клинических показателях, была оценена как относительно высокая [340,514].

Несмотря на то, что не существует идеального стандарта для измерения состояния здоровья, была предпринята попытка оценить критериальную валидность опросника через сравнение его показателей с результатами клинических исследований. Большинство исследований показало, что «Профиль влияния заболевания» обладает приемлемой критериальной валидностью, особенно при оценке качества жизни пациентов и общей оценке состояния здоровья [493].

В.Б. де Бруин (De Bruin, W.B.) и его коллеги утверждают, что предложенный индекс обладает четкой структурой и дискриминантной валидностью, так как этот показатель способен дифференцировать группы болезней и его шкала измерений связана с другими величинами критериальных мер.

Восприимчивость индекса к временным изменениям в состоянии здоровья не привлекла такого большого внимания со стороны ученых, как другие психометрические свойства шкалы измерений. В результате чего, некоторые исследователи считают, что предложенный индекс, обладая хорошей восприимчивостью, не учитывает временных изменений, непременно возникающих на протяжении жизни человека [303,367].

Исследование Р.А. Дейо (Deyo, R.A.) доказывает, что данный опросник является приемлемым для использования, но опрос занимает много времени. Он нейтрален к гендерным различиям, хотя и отражает такие показатели, как возраст, образование и профессия [386,387,515].

«Профиль влияния заболевания» — это опросник, который применялся для изучения качества жизни пациентов со многими общесоматическими заболеваниями: сердечно-сосудистыми, неврологическими и пр. Он также использовался для изучения качества жизни пациентов пожилого возраста. Был применен и для изучения качества жизни пациентов, имеющих онкологические болезни органов и тканей рта, болезни височно-нижнечелюстного сустава, пародонта и оказался малоэффективным из-за недостатка восприимчивости к функциональному компоненту стоматологического здоровья [405,434,478].

К основным недостаткам опросника можно отнести очевидную нехватку восприимчивости индекса к специфическим факторам, оценивающим состояние стоматологического здоровья человека. Он способен оценить влияние серьезных стоматологических заболеваний на качество жизни человека, но не отражает незначительные проявления стоматологических заболеваний.

3.3. Индекс оценки общего состояния стоматологического здоровья человека

The General Oral Health Assessment Index (GOHAI)

Индекс «Оценка общего состояния стоматологического здоровья людей» имеет простую форму заполнения и измеряет функциональные проблемы органов и тканей рта, сообщаемые самим пациентом. Данный индекс был разработан с целью оценки степени влияния стоматологических заболеваний на психологический и социальный статус людей пожилого возраста (THE GERIATRIC ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX). Опрос проводился среди пациентов старшего поколения и включал в себя такие позиции, как наличие стоматологических заболеваний, степень и характер их проявления, способность пациента продолжать исполнять свою социальную роль и взаимосвязь стоматологических заболеваний с социальной позицией человека.

После тщательного обзора необходимой литературы и консультаций со специалистами и пациентами был создан экспериментальный тест, состоящий из 36 пунктов. Резюме развития данного опроса было представлено в работе Этчисон К.А. (K. Atchison) и Долана Т.А. (T.A. Dolan) под названием «Развитие индекса GOHAI» (Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index) [329,391]. Разработка индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста началась с изучения имеющейся литературы, посвящённой анализу влияния стоматологического здоровья на жизнь человека, существующих опросников, по оценке функционального состояния органов и тканей рта. Учитывалось мнение пациентов, субъективно оценивающих свое стоматологическое здоровье, и данные объективного клинического и лабораторного анализа стоматологического статуса. В результате предварительного анкетирования врачей, жителей дома престарелых в городе Лос-Анджелес и пациентов стоматологического отделения госпиталя управления по делам бывших военнослужащих в опрос были включены дополнительные вопросы. Эти позиции были приняты, чтобы отразить проблемы, оказывающие влияние на людей по трем направлениям:

1. Физиологическое состояние человека, предполагающее принятие пищи, глотание и речь.

2. Психологическое состояние и социальная адаптация, предполагающие беспокойство о состоянии рта, зубов и десен, неудовлетворенность внешним видом, чувство неловкости из-за плохого состояния стоматологического здоровья, отказ от общения и социальных контактов из-за проблем со стоматологическим здоровьем.

3. Боль или чувство дискомфорта, включая применение медицинских препаратов, чтобы избавиться или уменьшить боль.

Индекс оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста был сначала проверен на нерепрезентативной выборке среди 87 респондентов пожилого возраста. Пересмотренный и отредактированный опрос первоначально был проведен среди 1911 респондентов - пациентов системы государственного медицинского обслуживания престарелых в округе Лос-Анджелес. Критерии отбора реципиентов были следующие: не моложе 65 лет, пациенты системы государственного медицинского обслуживания престарелых людей, владение английским языком, наличие номера телефона, отсутствие смертельных болезней и деменции.

Предварительный тест содержал 36 позиций. Респонденты должны были определить по 5-балльной шкале Р. Лайкерта (R. Likert) частоту стоматологических проблем: от всегда [5 баллов] до никогда [1 балл]. Были изучены ответы на все 36 позиций и проанализированы взаимосвязь и влияние позиций друг на друга, внутренняя согласованность шкалы, так называемый коэффициент надежности Ли Кронбаха (L. Cronbach).

Заключительный опрос содержал 12 пунктов, которые были отобраны, чтобы определить три параметра, имеющие наибольшую дистрибуцию ответов и дающие максимальное значение коэффициента альфа Кронбаха. Для окончательного варианта опроса была выбрана 6-балльная шкала Лайкерта: всегда [5 баллов], очень часто [4 балла], часто [3 балла], иногда [2 балла], редко [1 балл] или никогда [0 баллов].

Прежде чем высчитывать итоговый показатель индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста, баллы по 9 пунктам были полностью инвертированы. Это позволило получить высокие итоговые показатели индекса, которые более точно описывали состояние стоматологического здоровья. В том случае, если на три или больше позиций ответ отсутствовал, данные этого опроса не использовались в подсчете. Если в опросе отсутствовали ответы на одну или две позиции, то позиция восполнялась с помощью опущенного значения. Итоговый показатель индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей — это общая сумма окончательных показателей каждой из 12 позиций.

Показатели индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста колебались от 0 до 60.

Свойства данного индекса были оценены на надежность и валидность на основе первоначальных экспериментальных опросов. Внутренняя согласованность (согласно коэффициента альфа Кронбах) измеряет широту взаимосвязи и влияния позиций друг на друга и определяет уровень надежности. Корреляция смешанного момента Пирсона была использована для того, чтобы определить взаимосвязь позиций между собой (внутри опроса) и позиций и шкалы измерения (вне опроса). Конструктивная валидность была оценена способом, предложенным исследователями экспериментальной программы медицинского страхования Рэнд. Она также включала в себя исследования по индексу оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста и другим переменным, имеющим отношение к стоматологическому здоровью [331].

Результаты опроса подтвердили, что люди со здоровыми зубами не отмечали ограничений в принятии пищи, отрицали наличие неприятных ощущений при перепадах температур, откусывании и жевании. Они также обозначали и меньшее количество психологических и социальных трудностей, таких как принятие пищи в общественных местах или намеренное избегание контактов с людьми. В целом результаты опроса здоровых людей демонстрировали высокие показатели индекса.

Используя индекс оценки общего состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста как меру измерения, Т. Долан (T. Dolan) и его коллеги предложили протестировать эффективность программы улучшения здоровья населения пожилого возраста (200 человек), проживающих в многоквартирных комплексах во Флориде. Участникам предложили субсидирование стоматологических услуг и двумя годами позднее респонденты (119 человек) были проинтервьюированы повторно. Средний показатель индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста увеличился с 2,3 до 52,3 (sd=9,0) [393].

Л.Ф. Турвиль (L. F. Tourville) и др. использовали индекс оценки общего состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста как представленный самими респондентами показатель меры эффективности ухода за ртом, зубами и деснами. Средний показатель индекса для контрольных групп (n=353) составил 54,1, а для экспериментальных групп (N=406) – 53,6 [569].

Д. П. Вейант (J.P. Weyant) в настоящее время использует опросник в изучении мнения пациентов, страдающих от остеопороза. Опрос проводился среди пациентов, возраст которых в среднем составлял 75 лет. Показатели опросника колеблются от 30-52 и в среднем имеют значение 46,1 [574].

Как уже отмечалось, индекс оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста применялся среди множества разнообразных фокус-групп, используя три вида категорий ответа (три, пять, шесть). Опросник был переведен на испанский и корейский языки. Изменчивость распространения и надежность опросника были приемлемы со всеми тремя видами категорий ответа, как на испанском, так и английском языках. Несмотря на то, что все три вида категории ответа обеспечивают необходимой информацией, наиболее полный и достоверный вид – это вопрос с 5 вариантами ответа, так как именно такой вид категорий вопроса позволят исследователю и врачу понять, с какой проблемой наиболее часто сталкивается пациент.

Индекс оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста позволяет респондентам сообщить о проблемах, связанных со стоматологическим здоровьем. Показатели индекса связаны как с клиническими мерами оценки состояния стоматологического здоровья, так и с социально-экономическим статусом человека. Кроме этого, индекс оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста был проверен на большом количестве респондентов разных возрастных групп и показал стабильность основных критериев. В дополнение к этому, Дж. Калабрезе (Calabrese, J.) и др. оценили восприимчивость, особую положительную прогностическую ценность использования пунктов предлагаемого опросника, как надежного инструмента работы не только для изучения мнения пациентов стоматологического профиля, но и при анкетировании соматических пациентов. Наконец, предварительные тесты по восприимчивости индекса оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста как меры измерения, доказывают, что предложенный опросник полезен для оценки эффективности лечения стоматологических заболеваний [494].

Поскольку Индекс оценки состояния стоматологического здоровья людей пожилого возраста имеет приемлемую стабильность и валидность в отношении разных возрастных групп авторами было рекомендовали сменить название THE GERIATRIC ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX на Индекс оценки **общего** состояния стоматологического здоровья (THE GENERAL ORAL HEALTH ASSESSMENT INDEX). Но, несмотря на такие впечатляющие результаты, одним из основных нераскрытых вопросов, остается вопрос о зависимости субъективной оценки состояния здоровья от возраста респондента. Все респонденты и молодой возрастной группы, и старшего возраста имеют относительно высокие показатели индекса оценки состояния стоматологического здоровья человека, несмотря на то что молодые респонденты отмечают меньшее количество стоматологических проблем, а респонденты старшего возраста имеют большее количество заболеваний стоматологического профиля. Таким образом, можно проследить несоответствие между социальным

самочувствием, описанным самими респондентами и объективным состоянием их стоматологического здоровья.

3.4. Степень влияния состояния зубов и зубных рядов

The Dental Impact Profile (DIP)

Вопрос, как стоматологическое здоровье влияет на жизнь человека, до сих пор остается открытым. Данный опросник был создан для того, чтобы понять, насколько сильно влияют здоровые зубы на жизнь и благополучие человека. Важным представляется вопрос, насколько серьезно люди относятся к стоматологическому здоровью? Существует ли взаимосвязь между культурой, этнической принадлежностью и осознанием ценности и важности воздействия стоматологического здоровья, и если да, то каково это взаимодействие?

Проведенные исследования доказывают, чтобы оценить, насколько проблемы со здоровьем влияют на качество жизни, необходимо понять, что наличие или отсутствие одних только жалоб на здоровье со стороны человека не является достаточным основанием для полноценной объективной оценки состояния здоровья. Понятие "Влияние заболевания" было основано на том факте, что при одинаковых условиях оценка здоровья у разных людей будет разной, и что социальные ценности в значительной мере влияют на оценку состояния здоровья [508].

Индекс «Степень влияния состояния зубов и зубных рядов» не только отвечает на вопрос: «Как здоровье человека влияет на его жизнь», но и детализирует его: насколько естественные зубы или зубные протезы влияют на социальные, психологические и биологические функции человека и качество его жизни?

Данный опросник — это субъективный способ определения влияния стоматологического здоровья, который может служить индикатором того, насколько важны зубы для человека. Предполагалось, что данный метод опроса будет зависеть от характера контингента респондентов и станет отражением ценностей и опыта различных культурных, этнических и расовых групп. Данный метод может

определить влияние культурных особенностей на оценку состояния здоровья органов и тканей рта.

Этот опросник был создан в результате интервьюирования врачей-стоматологов, социологов и пациентов о том, какое значение они придают зубам и зубным протезам, и как они влияют на их повседневную жизнь. Конечный вариант опроса, состоящий из 37 пунктов, был проведен среди людей пожилого возраста и студентов университета. В результате количество пунктов предложенного индекса было сокращено до 25. Пункты, которые имели наименьшее значение для большей части респондентов, были удалены. Опрос был проведен в виде самоанкетирования и интервью с различными шкалами измерения, например, среди респондентов, которые отдавали предпочтение опросу с интервьюером, был использован трехточечный формат реакции [509].

В качестве пилотного тестирования по месту жительства, данный опрос проводился среди людей пожилого возраста, являющихся постоянными клиентами общественных мест питания и торговых центров. Изначально было предположено, что влияние зубов и зубных протезов на жизнь человека напрямую зависит от возраста человека, поэтому во время проведения предварительного опроса респонденты были поделены на две группы приблизительно одного возраста (больше, чем 60 лет) с различными социальными характеристиками, разным восприятием того, как зубы и зубные протезы влияют на их жизнь. Основная задача состояла в том, чтобы точно зарегистрировать эти субъективные данные. Во время экспериментального опроса были опрошены посетители четырех мест общественного питания во время ленча, а также посетители оздоровительных центров в округах Орандж (Orange) и Дурхам (Durham) в Северной Каролине. К работе были привлечены обученные интервьюеры. Опрос в торговых центрах включал в себя 73 респондента в возрасте 60 лет и старше, которые согласились пройти интервью в общественном месте. Интервьюеры проработали в трех торговых центрах. Экспериментальные образцы опроса позволили

определить, как расовая принадлежность, возраст и образование повлияли на ответы опроса [509].

Предложенные 25 пунктов опроса были расположены беспорядочно и имели 3 варианта ответа на каждый вопрос о зубах или зубных протезах и их влиянии на различные аспекты жизни человека (положительное влияние, отрицательное влияние, отсутствие какого-либо влияния). Вариант ответа "положительное влияние" был самым распространенным среди респондентов, что говорило о высоком потенциале положительного влияния зубов и зубных протезов на жизнь человека. Несмотря на то, что варианты "положительное влияние" и "отрицательное влияние" существуют независимо друг от друга, они могут быть объединены при оценке воздействия зубов и зубных протезов на жизнь человека. Если, по мнению респондента, зубы и зубные протезы влияют на тот или иной аспект его жизни, то он выбирал ответы «положительное влияние», «отрицательное влияние»; если же зубы и зубные протезы не оказывают никакого влияния, то он выбирал ответ «отсутствие какого-либо влияния».

Психометрическая обработка шкалы измерения была создана в сотрудничестве с социологом Чериллом А. Сегристом (Cheryl A. Segrist), доктором философии. Цель данной работы заключалась в том, чтобы определить основные разделы, используя экспериментально-полученные данные опроса. В результате проведенной работы, были выявлены следующие разделы:

1. Физиологический фактор: откусывание, жевание, удовольствие от принятия еды и самой пищи, особенности выбора продуктов питания, вкусовая чувствительность.

2. Состояние здоровья и благополучия: жизнерадостность, чувство счастья, удовольствия от жизни, наличие здорового аппетита.

3. Социальный фактор: внешность с точки зрения других людей, открытая улыбка, свободный смех, внешность с точки зрения пациента, и связанные с этим

настроение, речь, чистота дыхания, чувство уверенности в себе, активность, успех на работе.

4. Личная жизнь: активная жизненная позиция, сексуальная привлекательность и наличие романтических отношений [509].

Существует два способа подсчета итогового показателя – по всему опросу и по четырем вышеперечисленным разделам. В большинстве случаев подсчет проводился на основе результатов всего опроса.

Для оценки надежности и внутренней последовательности, как отдельного раздела, так и опроса в целом, применялся коэффициент альфа Кронбаха. Альфа-коэффициенты взаимоотношения пунктов разделов и результатов разделов варьируются между 0,68-0,86, что говорит о высоком уровне внутренней последовательности и корреляции каждого вопроса или пункта с разделом.

Содержательная валидность была рассмотрена во время создания шкалы измерений в фазе качественного испытания априорного теста. Интервьюеры и респонденты принимали участие в разработке формата и содержания шкалы измерений. То, как легко респонденты понимали и использовали эту шкалу измерений, говорит о внешней валидности опроса. Формат вопросов с тремя вариантами ответов был выбран среди других более сложных вариантов. Этот формат был также проверен на предварительном этапе испытаний.

Данный опрос проводился с целью доказать, что влияние зубов и зубных протезов можно определить и измерить. Кроме этого, он также подтверждает необходимость проведения дальнейшего исследования, которое позволило бы изучить степень влияния здоровья органов и тканей рта на благополучие человека посредством воздействия на социальные, культурные и этнические факторы его жизни.

В исследовании, руководителем которого выступил Рональд Дж. Хант (Hunt R.J.), респондентами приняли участие люди пожилого возраста, которые большую часть времени проводили дома. Большинство из них воспринимали наличие своих

зубов или зубных протезов скорее, как положительный фактор в своей жизни, нежели отрицательный. Респонденты отмечали, что зубы и зубные протезы оказывали больше влияния на внешность, принятие пищи, общее самочувствие; и меньше влияния на романтическую и социальную сферы их жизни [434].

Данные для этого исследования были основаны на стоматологическом опросе Пьемонт 65 (Piedmont 65±Dental Study), который является частью исследования Пьемонт среди людей пожилого возраста (the Piedmont Health Study of the Elderly). Первоначальный тест представлял собой продольное исследование состояния здоровья случайной стратифицированной групповой выборки более чем 4 000 человек в возрасте 65 и старше, живущих в пяти смежных округах в Северной Каролине. Последующее продольное стоматологическое исследование было проведено среди случайно выбранных афроамериканцев, у которых были все зубы. Заключительный опрос был проведен среди случайно отобранных человек из первоначального опроса: 818 человек у которых были все зубы и 200 человек у которых отсутствовали один и более зубов.

Данное исследование, посвященное определению влияния зубов и зубных протезов на жизнь человека, было основано на данных, полученных от 448 человек (афро-американцы, имеющие все зубы), 131 человек (афро-американцы, у которых отсутствовал 1 и более зубов); 362 человека (белые американцы, имеющие все зубы) и 67 человек (белые американцы, у которых отсутствовал 1 и более зубов); 8 - (другие расы, имеющие все зубы) и 2 (другие расы, у которых отсутствовал 1 и более зубов), которые участвовали в первоначальном интервью (N=1018) стоматологического априорного теста.

Опрос проходил в доме респондентов, интервью проводили 1 из 5 обученных стоматологов-социологов. На усмотрение интервьюера все пункты опроса, которые респондент не понимал или в понимании которых у него возникали трудности, могли быть опущены. Ответы этих респондентов (N=110) были исключены из исследования. Кроме того, на отдельные пункты респонденты могли ответить «отсутствие реакции»

или «не знаю», если у человека возникала трудность с тем или иным пунктом. Такие ответы также исключались из исследования.

Наиболее часто употребляемые параметры влияния – положительного и отрицательного – зубов и зубных протезов (больше, чем 50% ответчиков) были следующими: внешность с точки зрения других людей (как Вы выглядите со стороны), внешность с точки зрения Вас самого (что Вы сами думаете о Вашем лице), удовольствие от принятия пищи, трудности, возникающие при жевании и откусывании, прием пищи и чувство комфорта. Видели связь общего состояния своего здоровья с состоянием здоровья рта 38% опрошенных. С другой стороны, больше, чем три четверти респондентов отмечали, что состояние их зубов (или зубных протезов) не влияет на такие параметры, как настроение, вес, аппетит, романтические отношения, успех на работе, активность или успех в личной жизни [412,508,509].

Преимущества опроса:

- предлагаемый опрос краток и прост в применении,
- учитывает, как положительные, так и негативные факторы воздействия стоматологического здоровья на качество жизни людей,
- учитывает культурные и этнические факторы, оказывающие влияние на анализ качества жизни,
- удобен при изучении качества жизни у людей пожилого возраста,
- полезен при планировании стоматологических услуг в целях пропаганды здорового образа жизни.

Недостатки опроса:

- нечувствительность опросника к серьезным болезням органов и тканей рта,
- необходимость привлечения интервьюеров к проведению опроса,
- относительную подверженность респондентов влиянию интервьюеров.

3.5 *Индикаторы субъективной оценки состояния
стоматологического здоровья*
Subjective Oral Health Status Indicators (SOHSI)

Индекс «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» был создан в Северной Америке для описания функциональных, социальных и психологических факторов, влияющих на жизнь человека. Изначально предполагалось, что указанный опросник будет использован в анкетах и опросах среди людей пожилого возраста для подтверждения клинических показателей, которые обычно применяются в подобных обзорах. Впоследствии опросник стал использоваться в исследованиях, проводимых среди подросткового и взрослого населения в Канаде и Великобритании. Опросник «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» основан на традиционной медицинской модели понимания болезни, которая базировалась на Международной классификации ВОЗ. Поскольку эта модель признает многомерную природу стоматологического здоровья, то данный опросник расширяет возможности исследований, раскрывающих взаимосвязь общего здоровья и социального благополучия человека со здоровьем органов и тканей рта.

Опросник «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» включает в себя четыре показателя и одну шкалу измерения:

1. Способность жевать, показатель был получен на основе более ранней работы Лика [459].
2. Наличие боли в челюстно-лицевой области.
3. Наличие других симптомов стоматологических заболеваний, показатель был получен на основе более ранних работ Д. Локера (D. Locker) и М. Грушки (M. Grushka) [468].
4. Шкала измерения психологических и социальных факторов влияния стоматологического здоровья на жизнь человека. Этот показатель был частично

основан на вопросах, разработанных и примененных в эксперименте Рэнда по определению состояния здравоохранения [469].

Расширенный набор индикаторов появился в результате приобретенного опыта, и этот набор был использован на всем протяжении проведения и проверки опросника в течение 7 лет. В настоящее время индекс «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» включает в себя:

1. Индикатор «жевание», состоящий из шести вопросов.
2. Индикатор «способность четко говорить», состоящий из трех вопросов.
3. Индикатор «боль в полости рта, и тканях лица», состоящий из девяти вопросов.
4. Индикатор «другие симптомы стоматологических заболеваний», состоящий из десяти вопросов.

Шкала измерения социального и психологического воздействия поделена на 4 подраздела:

1. Индикатор, посвященный проблемам с принятием пищи, состоящий из трех вопросов.
2. Индикатор, посвященный проблемам в общении, состоящий из четырех вопросов.
3. Индикатор, посвященный другим ограничениям в повседневной жизни, состоящий из шести вопросов.
4. Индикатор, посвященный беспокойству и заботе о стоматологическом здоровье, состоящий из двух вопросов.

Изначально опросник был создан и использован в исследованиях среди людей пожилого возраста. Дальнейшие исследования проводились среди респондентов 18 лет и старше. В этом исследовании эффективность показателей была оценена с точки зрения их обобщаемости, эффективной надежности и валидности [516].

Эффективность была оценена с точки зрения наличия ответов респондентов. Количество респондентов, которые не ответили на один и более вопрос составлял

менее 5% по 6 показателям и более 7%.

Ретестовая надежность была оценена с помощью корреляции между количеством вопросов, утверждаемых при каждом использовании опроса. Для шести из восьми вопросов коэффициенты составили 0,75 и 0,90 и 0,61 и 0,67 для других двух. Попарные t-тесты выявляют только одно различие в среднем количестве вопросов. Среднее количество остальных симптомов составило 1,3 ($sd=1,7$) при первом проведении и 1,1 ($sd=1,6$) при втором. Внутренняя последовательность (альфа Кронбаха) четырех шкал измерения психосоциальных воздействий варьировалась от 0,70 до 0,87.

При оценке валидности были проанализированы связи между восьмью пунктами и тремя общими субъективными индикаторами: самооценка здоровья рта, зубов и десен; осознание потребности в лечении и неудовлетворенность состоянием здоровья рта, зубов и десен. Взаимодействие этих пунктов и индексов было значительно и предсказуемо. Значительные различия наблюдались по 5 пунктам, в зависимости от социального статуса респондентов.

Процедура оценки надежности и валидности была проведена и в Великобритании во время исследования двух фокус-групп, где возраст респондентов был от 65 лет и выше. В результате проведенного исследования были получены схожие данные. Например, ретестовая надежность и коэффициенты корреляции варьировались от 0,75 до 0,99 для шести из индикаторов и от 0,56 до 0,58 для других двух. Коэффициент альфа Кронбаха в отношении психосоциологических масштабов воздействия стоматологического здоровья варьировался от 0,81 до 0,90.

Далее, в течение трех лет проводилось исследование совпадающей валидности на основе данных опросов «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» индекса «Степень влияния стоматологического здоровья». Корреляции между индикаторами, разделами и остальными показателями индекса «Степень важности стоматологического здоровья» для 611 респондентов в возрасте от 53 до 90 были значительны и убедительны. Так, например, корреляция

между показателями индекса "способность пережевывать пищу" и итогового значения индекса «Степень важности стоматологического здоровья» составила 0,56. Корреляция между показателем общего психосоциологического воздействия стоматологического здоровья и общим значением индекса «Степень влияния стоматологического здоровья» составил 0,68 [498].

Продольные данные эксперимента «Исследование стоматологического здоровья среди людей пожилого возраста», проведенного Р. Рендом в Онтарио (the Ontario Study of the Oral Health of Older Adults, OSOHOA), были использованы для оценки чувствительности индикаторов с целью отслеживания влияния временного фактора на ответы респондентов. Были выявлены отчетливые связи между измененными показателями и оценками респондентов об изменении состояния их стоматологического здоровья. Полученный эффект опросника варьировался от 0,38 до 0,87, который был признан относительно сильным [471].

Экспериментальные данные, полученные в результате использования средства: скорость заполнения анкет по электронной почте с использованием индикаторов варьировалась от 57,0% до 77,7%. Эти же вопросы были заданы во время проведения личного интервью и интервью по телефону, где скорость заполнения анкет и ответов на вопросы составила более 70%.

Полученные данные доказывают, что существует огромное количество людей, которые испытали отрицательное влияние патологии зубочелюстной системы на функциональное и психологическое состояние и социальное поведение.

Главное преимущество опроса «Индикаторы субъективной оценки состояния стоматологического здоровья» заключается в том, что он был основан на последовательной концептуальной модели здоровья, что делает предложенный опросник полезным, как в описательных обзорах, так и в теоретически направленной работе, которая исследует связи между различными показателями здоровья. Так как опрос основан на группах вопросов, суммированные показатели не могут дать полный обзор состояния стоматологического здоровья человека. Однако такой подход не

противоречит концептуальной модели, на основе которой и был создан данный опросник. Этот подход позволяет избежать теоретических и методологических трудностей, касающихся формулировки вопросов исследования влияния стоматологического здоровья на качество жизни. Кроме этого, опросник является надежным, действенным и чувствительным к временным изменениям. Ответы анкет доказывают, что вопросы понятны, приемлемы для применения и легки в использовании.

Поскольку опросник является сокращенной версией, то он не может быть использован в клинических или оценочных исследованиях. Его главное преимущество заключается в описании и анализе субъективной оценки состояния стоматологического здоровья взрослого населения.

*3.6. Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и
качества жизни*

The Oral Health Related Quality of Life Measure (OHQOL)

В 1991 году группа исследователей, интересующихся здоровьем и качеством жизни людей пожилого возраста, сформулировала группу вопросов, касающихся влияния стоматологического здоровья на качество жизни человека, с целью создания социологического опросника. В основу опросника была положена как традиционная медицинская модель здоровья, так и социальная модель, отображающая субъективное мнение человека о своем здоровье и определяющая степень влияния здоровья на повседневную жизнь [560].

Первоначальные вопросы, на основе которых и был создан опросник «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» оценивали различные аспекты влияния стоматологического здоровья на качество жизни. В дальнейшем вопросы были конкретизированы и собраны в основные группы:

1. Как влияет ваше стоматологическое здоровье на работу и отдых?
2. Как влияет ваше стоматологическое здоровье на социальную активность?

3. Влияет ли Ваш внешний вид на общение с людьми и провоцирует ли он отказ от общения? [386]

Ответы на каждый из этих вопросов варьировался от 1 до 6: от «всегда» до «никогда». Кроме этого, опрос также включал в себя два вопроса, которые оценивали состояние дискомфорта из-за проблем с зубами, деснами и зубными протезами, каждый из которых оценивался по 5-балльной шкале от «никогда» до «очень часто». Два вопроса из Nutrition Screening Initiative, (NSI), которые оценивали влияние проблем с зубами на принятие пищи, с форматом ответов «да/нет». Зубная боль оценивалась на основе вопроса, как часто за последние три месяца респонденты испытывали зубную боль или боль во рту (варианты ответов: от 1 - совсем не испытывали до 5- очень часто). Этот вопрос также был включен в стоматологический опрос RAND [386].

Для того чтобы исследовать возможные концепции, которые легли в основу вопросов, проводился факторный анализ с циклической перестановкой Промакс (Promax). Были получены три раздела, которые составили 49% от общей дисперсии. Первый раздел опроса включал в себя три пункта, оценивающие влечение здорового рта на ежедневное поведение человека, этот раздел был обозначен как OHQOL (The Oral Health related Quality Of Life Measure), и шкала измерения этого опросника была вычислена путем вычисления среднего числа по 3 пунктам. Вторым разделом опроса был обозначен как дискомфорт из-за проблем с зубами, полостью рта и зубными протезами, и третий раздел опроса был обозначен как проблемы, связанные с приемом пищи. Корреляция между этими разделами была отрицательна, и относительно низкая и варьировалась в пределах от $-0,24$ до $0,02$ [320].

Опросник «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» был создан на основе данных, полученных из стандартного продольного стоматологического исследования среди людей пожилого возраста (the Department of Veterans Affairs Normative Aging study / Dental Longitudinal Study - NAS/DLS), которое проводилось Министерством по делам ветеранов США [333]. NAS/DLS - закрытое

продольное исследование, проведенное в населенном пункте с численностью 2 280 человека. Изначально опрос проходил среди здоровых мужчин, которые были приняты на работу посредством Бостонской амбулаторной клиники для ветеранов войны, в период между 1961 и 1970 гг. Респонденты, прежде всего, относились к европеоидной расе (97%), были женаты и представляли средний класс. Участники NAS, не являющиеся пациентами Бостонской амбулаторной клиники для ветеранов войны, наблюдались и проходили лечение в частной клинике. Как часть этого исследования, в 1992 году опрос был разослан по почте участникам исследования, 1 242 из которых полностью ответили на вопросы анкеты. Респондентами выступили мужчины в возрасте от 47 до 94 лет (среднее значение = 67,3, ср. квадратное отклонение = 7,7) [307].

После того, как были проведены начальные исследования для того, чтобы создать шкалу измерения опросника «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни», вышеперечисленные три раздела, а также шкала измерения, были включены в другой опрос (который также состоял из опроса SF-36). Этот короткий опрос, определяющий качество жизни человека, обусловленного здоровьем человека, который включает в себя следующие разделы: физическое функционирование и его роль, социальная позиция, эмоциональное состояние, умственное здоровье, жизнеспособность, боль, общее восприятие здоровья. Результаты анализа данного опроса показали, что вопросы опросника «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» определяют дополнительный пятый опрос, который внес 5% отклонений. Это дало авторам право предполагать, что восприятие влияния общего состояния здоровья человека отличается от восприятия влияния стоматологического здоровья на качество жизни человека [531].

Надежность внутренней последовательности опросника была также оценена с помощью коэффициента альфа Кронбаха, который составил 0,83, что доказывает сильную связь между пунктами опроса. Была также проанализирована корреляция

между опросником и такими показателями, как общее удовлетворение жизнью, дискомфорт и проблемы, связанные с принятием пищи. Данные опроса показали, что респонденты с лучшим состоянием стоматологического здоровья, отмечали, что имеют меньше проблем, связанных с приемом пищи, испытывают меньше дискомфорта, зубной боли, и, следовательно, меньше нуждались в лечении в течение последних трех месяцев. Корреляция между качеством жизни, обусловленным состоянием стоматологического здоровья, общим удовлетворением от жизни и субъективной оценкой состояния здоровья была незначительной [320].

Получив предварительное подтверждение опросника, авторы провели дополнительный анализ, чтобы подтвердить взаимосвязь опросника с применением стоматологических услуг (например, прием у врача-стоматолога для устранения любых стоматологических проблем за последние три месяца), и контроля его аналогов. Данные предварительной логистической регрессионной модели с обратным исключением показали, что можно расширить диапазон переменных, включая возраст, субъективную оценку здоровья, наличие хронического заболевания или нарушений, жизнерадостность и удовлетворение жизнью, а также пункты опросника, характеризующие проблемы, связанные с питанием и дискомфорт [320].

С самого начала разработки и применения опросника были созданы два образца для ветеранов. Первым вариантом стал опросник «Исследование среди ветеранов пожилого возраста» (VHS - the Veterans Health Study), двухлетнее продольное исследование здоровья и качества жизни амбулаторных больных четырех клиник, расположенных в центральной части Бостона. Респонденты — это пациенты мужского пола, главным образом, представители европеоидной расы, женаты и имеют относительно низкий доход (52% респондентов получают ниже 20 000\$ в год). Кроме этого, ветераны страдают относительно тяжелым хроническим заболеванием. Средний возраст респондентов, которые прошли весь опрос, 63 года, и большинство из них не имеют высшего образования. В опрос, который был разослан по почте, были включены пункты, касающиеся влияния стоматологического здоровья на

жизнедеятельность человека. Данный опрос был полностью пройден 957 участниками [444].

Второй образец опроса назывался «Программа здравоохранения ветеранов-женщин» (the VA Women's Health Project далее WHP). Этот опрос проходил среди случайно отобранных женщин-ветеранов, которые являлись пациентами амбулаторной клиники для ветеранов. Приблизительно 911 женщин ответили на вопросы анкеты в период с января по апрель в 1996 году. Средний возраст респондентов составил 51 год, 31% из которых были замужем, 66% имели доход около 20 000\$ в год, 84% из них принадлежали европеоидной расе [454].

Результаты использования индекса «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» показывают, что опрос чувствителен к вариабельности. Респонденты, чье здоровье и социально-экономическая адаптация хуже, имеют более низкие показатели, которые, однако, также демонстрируют взаимосвязь состояния здоровья и качества жизни человека. В целом, опросник «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» демонстрирует хорошие психометрические свойства, включая хорошую надежность внутренней последовательности, взаимосвязь ожидаемых результатов с полученными [454].

Индекс «Показатель взаимосвязи стоматологического здоровья и качества жизни» являет собой непродолжительное изучение влияние стоматологического здоровья на успешную повседневную жизнь человека. Следовательно, одно из его преимуществ заключается в его краткости. Таким образом, размер данного опроса делает его идеальным для использования в демографическом анкетировании. В то же время, это преимущество является и недостатком, так как опрос упускает множество деталей и не может полноценно оценить влияние стоматологических заболеваний на качество жизни человека. Одним из неучтенных факторов можно назвать гендерную принадлежность респондентов. Дополнительных исследований требует и необходимость четкого определения психологических и социальных факторов,

влияющих на восприятие человеком влияния стоматологического здоровья на качество жизни. Кроме этого, требует дополнительных доказательств и использование данного опросника как индикатора субъективной потребности человека в стоматологической помощи, и, следовательно, возможность его применения с целью оценки результатов лечения и качества оказания стоматологических услуг.

3.7. Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь

The Dental Impact on Daily Living (DIDL)

Опросник «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь» является социологическим опросом, который оценивает пять показателей качества жизни. Первый показатель – это наличие болезней пародонта, проявляющихся во рту кровоточивостью десен, деформациями зубного ряда, сопровождающихся наличием диастем и трем. Второй показатель – внешний вид пациента, его самооценка. Третий показатель - наличие или отсутствие боли. Четвертый критерий – активность, в том числе и социальная, т.е. способность пациента выполнять повседневные функции и контактировать с людьми. Пятый критерий - ограничения в питании и выборе продуктов, связанные со сложностями при откусывании пищи и жевании.

Опрос состоит из 36 пунктов, которые и определяют воздействие стоматологического здоровья на повседневную деятельность человека, и шкалы с графическим изображением метода, предложенного Лио (Leao). Этот метод способен оценить важность, которую респонденты приписывают тому или иному показателю [460].

Вопросы анкеты создавались на основе открытых интервью, обзора литературы и вопросов индекса «Влияние стоматологических заболеваний на социальную среду человека» (SIDD). После анализа корреляции между двумя опросниками количество вопросов было сокращено. В результате факторного анализа к имеющимся четырем был добавлен еще один показатель: ограниченность в питании [371].

Тесты, проводимые с применением опросника «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь», показали, что нет необходимости добавлять к опросу весовой коэффициент (дополнительные пункты). В первой экспериментальной версии опросника к пунктам был добавлен весовой показатель (нагрузка), который был получен из дополнительного исследования. Вторая версия использовала факторные нагрузки (факторный анализ). В третьей версии авторы не добавляли весового коэффициента. Была проведена оценка взаимосвязи между тремя различными версиями опроса. Согласно «Социальной реорганизации шкалы измерения» (Social Readjustment Rating Scale) Х.А. Лей (H. A. Lei) и Б.Ф. Скиннер (B. F. Skinner) доказали, что корреляция составляла более 0,95 ($p < 0,001$), что свидетельствует о дополнительном, необоснованном усложнении индекса [461].

Изначально шкала измерений использовалась параллельно с опросом для того, чтобы уравнивать отношения между показателями, то есть сделать их пропорциональными. «Шкала» фактически состоит из некоторого количества идентичных шкал, расположенных рядом друг с другом в единой таблице. Каждая шкала измерений имеет скользящие стрелки, чье положение можно изменить, исходя из пожеланий респондента. Чем выше располагалась стрелка, тем большее значение имел тот или иной показатель. Потом все полученные данные от каждого респондента складывались (полученное число определяло «итоговое (суммарное) значение масштабного коэффициента»). После этого, в отношении каждого ответчика разметка шкалы была поделена на их «итоговое значение масштабного коэффициента». В результате было получено весовое значение показателя для каждого респондента.

Например, если респондент выбрал оценку '10' за внешний вид, '9' за активность, '9' за комфорт, '10' за боль, '9' за ограниченность питания, то итоговое значение масштабного коэффициента = внешность (10) ± активность (9) ± комфорт (9) ± боль (10) ± ограничения в выборе продуктов (9) = 47.

Весовое значение (внешность) = бал измерения делится на итоговое значение масштабного коэффициента = $10/47 = 0,213$.

Для того, чтобы получить итоговый показатель, необходимо суммировать вопросы в пределах каждой категории и разделить полученное число на количество вопросов, давая, таким образом, каждой категории балл. Прежде чем складывать полученные результаты по каждой из позиций, к позиции прибавляется весовое значение согласно шкале измерений, так как в обратном случае можно предположить, что все позиции одинаково важны. Только после этого складываются показатели всех пяти категорий.

Итоговый показатель = внешний вид (балл, умноженный на весовое значение) ± боль (балл, умноженный на весовое значение) ± комфорт (балл, умноженный на весовое значение) ± активность (балл, умноженный на весовое значение) ± ограничения в выборе продуктов (балл, умноженный на весовое значение).

Респонденты были произвольно разделены на три группы согласно их итоговому показателю: «доволен» (от 7 до 10), «относительно (более или менее) доволен» (от 6,9 до 0) и «не доволен» (те, чьи показатели были ниже 0).

Анализ средства. Авторами были проверены ретестовая надежность опроса и внутренняя последовательность опроса (0,87 и 0,85, соответственно) и для шкалы измерений (0,78 и 0,59, соответственно). Для проверки ретестовой надежности были повторно опрошены 84 человека во время проведения главного исследования, то есть после проведения интервью среди 50 человек, следующие шесть респондентов, были опрошены на следующий день после первого интервью. Внешняя валидность была установлена во время предварительного исследования. Опрос был проведен среди пациентов, чье медицинское обслуживание предоставлялось Компанией подземного транспорта, и людей, которые пользовались услугами частных медицинских компаний. Понимание опроса было проверено следующим образом: респондентов просили объяснить, что они понимают под тем или иным вопросом. После того, как были опрошены 10 человек, некоторые слова и их позиции были переставлены и изменены. После того, как все респонденты были опрошены, понимание вопросов было подтверждено (респонденты объясняли своими словами, о чем говорится в

вопросе). Содержательная валидность была установлена на основе открытых интервью и обзора литературы.

Помимо этого, проверена конструктивная валидность во время дополнительного опроса, где респондентов попросили дать каждому из показателей и вопросов весовую нагрузку. Сравнив полученные результаты ранжирования, был проведен тест критерия И.Б. Вилкоксона (I. V. Wilcoxon). В целом, полученные результаты показали близкое сходство между весовыми показателями, как категорий, так и вопросов.

Данный опрос использовался в исследовании нерепрезентативной выборки в Бразилии. Результаты опроса населения, которое было поделено на три группы: «доволен» состоянием стоматологического здоровья, «относительно доволен» состоянием стоматологического здоровья и «не доволен» состоянием стоматологического здоровья, показали, что менее чем 50 процентов, опрошенных оценивают влияние своего стоматологического здоровья на повседневную жизнь как «положительное». Наибольшее количество отрицательных ответов набрал показатель «Внешний вид».

Социальное воздействие стоматологического здоровья имеет прямую, хотя и слабую, связь с клиническим статусом. При проведении опроса не было обнаружено каких-либо гендерных различий в распределении воздействий показателей. Но, наблюдалось различие результатов ($p < 0,001$) в социальных группах с различным материальным благополучием. Так, респонденты с низким уровнем доходов имели более высокий показатель негативного воздействия стоматологического здоровья на качество жизни ($p < 0,001$) [460,537].

Одним из аспектов индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную деятельность человека», на который необходимо обратить внимание, это степень гибкости индекса. Итоговый показатель демонстрирует общее воздействие стоматологического здоровья на повседневную жизнь, так как предложенные в опросе показатели редко, практически никогда, не воздействуют на

человека в отдельности друг от друга, что свидетельствует о необходимости представления о человеке, как едином целом. Результаты опроса показывают, что для каждого респондента всякое влияние субъективно, это говорит о необходимости учитывания данного различия при подсчете итогового показателя. Кроме этого, следует обратить внимание на то, что итоговый показатель индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь» и весовые показатели, которые приписываются респондентами каждому из критериев индекса, носят индивидуальный характер. Таким образом, важность, приписанная критерию человеком, непосредственно связана с его или её собственным опытом. Например, в группе из 100 человек, 10 из которых принадлежат другой культуре или социальной группе и испытывают разную степень влияния стоматологического здоровья на повседневную жизнь, следовательно, весовой показатель в отношении внешности у этих десяти человек будет существенно отличаться от весового показателя остального большинства. Весовые показатели в индексе «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь» наглядно продемонстрируют это различие.

При проверке опроса на чувствительность у некоторых респондентов наблюдалось увеличение положительного воздействия после проведенного стоматологического лечения.

Одним из основных недостатков индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь» является наличие большого количества вопросов в его стандартной форме. Уменьшение количества вопросов может отрицательно сказаться на надежности опроса. Кроме этого, индекс сложен в заполнении и анализе и требует привлечение интервьюеров.

3.8. Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни

Oral Health Quality of Life Inventory (OH-QOL)

Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни — это стоматологический опрос, который анализирует не только степень удовлетворенности человека состоянием своего стоматологического здоровья, но и то, какое значение

придает человек своему стоматологическому здоровью и как он оценивает степень его влияния на повседневную жизнь. Индекс «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» был создан как проект Института здоровья Oral Health Quality of Life при финансовой поддержке Научно-исследовательского центра по вопросам стоматологического здоровья среди людей пожилого возраста.

Основной целью создания опросника стало определение взаимосвязи между объективными данными, характеризующими состояние стоматологического здоровья, и субъективными сведениями, предоставленными пациентами о себе. Комплексное изучение полученных данных характеризуют воздействие стоматологического здоровья на качество жизни человека [333,515].

Опрос «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» состоит из 15 пунктов и включает в себя критерии субъективной оценки респондентами своего стоматологического здоровья и связанной с ним социальной активности (SROH), кроме этого, в индекс включены вопросы взаимосвязи качества жизни и качества принимаемой пищи (NutQoL). Часть опросника «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» посвящена изучению субъективных критериев, характеризующих качество жизни стоматологических пациентов и, связанной с ними, социальной активности стоматологических пациентов. Другая часть опросника является показателем объективной оценки функционального статуса стоматологического здоровья и собирает данные о частоте обострений стоматологических заболеваний и связанных с ними нарушениях социальной активности пациентов [358].

Раздел опросника, касающийся взаимосвязи качества жизни и качества принимаемой пищи, изучает степень удовлетворенности стоматологических пациентов характером потребляемой пищи: суточное потребление свежих овощей и фруктов, ежедневное потребление витаминов и биологических добавок, употребление обезжиренной пищи.

Изначально опросник «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества

жизни» состоял из 50 пунктов. Две трети опросника составляли вопросы, которые рассматривали влияние стоматологического здоровья на качество жизни, одна треть – вопросы, анализирующие характер употребляемой пищи и его влияние на качество жизни. В конечную версию опросника были добавлены вопросы, дающие оценку особенностям вкусового восприятия, количеству и характеру слюны; эстетическим особенностям лица, учитывающим гармонию черт и улыбки; наличие или отсутствие зубной боли, ее характер и интенсивность; возможность воспроизведения звуков и особенности речи; возможность полноценного жевания и незатрудненного глотания; и, как резюме, общее состояние человека и его самоощущение в социуме.

По результатам проведенных пробных опросов были удалены вопросы, имеющие наименьшую вариабельность. Кроме этого, при анализе внутренней последовательности опроса (коэффициент α), была выявлена слабая взаимосвязь между некоторыми пунктами опроса и итоговым показателем. Удаление этих пунктов повлияло на коэффициент альфа ($\alpha=0,91$) и корреляцию отредактированной версии опросника ($r=0,65$).

Оценка опросника «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» проводилась по двум направлениям: степень важности и степень удовлетворенности. Каждому ответу было присвоено цифровое значение в интервале от -2 до ± 2 . Итоговый показатель индекса «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» — это средние значения показателей, которые были даны в качестве ответов. Вычисление итогового показателя не проводилось, если отсутствовали ответы на два и более вопроса.

Окончательный вариант интервью «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» состоит из 66 пунктов. Первые 40 пунктов оценивают функциональный статус стоматологических пациентов, следующие 15 вопросов изучают взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни, заключительный блок опросника состоит из 9 пунктов, описывающих взаимосвязь характера принимаемой пищи и качества жизни. Данный опрос проводился среди 100

взрослых пациентов на факультете валеологии и стоматологии Техасского университета и в стоматологических клиниках Техаса. Возраст респондентов составлял от 20 до 84 лет, 42% респондентов были женщинами, 58% составили мужчины [358].

Индекс «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» обладает обоснованной внутренней последовательностью и валидностью. Показатели данного индекса могут с успехом использоваться в различных этнических группах [399, 444]. Корреляции между показателями индекса, дающими субъективную оценку, и данными объективного клинического анализа подтверждают высокую валидность опросника. Однако, у данного опросника есть и свои недостатки. Самым явным недостатком можно назвать то, что пункты и показатели рассеяны по всему интервью и неизвестно, насколько эти показатели будут убедительны и понятны вне контекста. Распределение пунктов индекса в пределах интервью обеспечивает определенный контекст, который уменьшает двусмысленность фраз, связанных с определением понятий «здоровье» и «качество жизни» [442].

Субъективная оценка важности стоматологического здоровья и степени удовлетворенности стоматологических пациентов полноценным функционированием рта может помочь в раскрытии причин неудовлетворенности пациентов получаемыми стоматологическими услугами, в то время как клинические индикаторы демонстрируют удовлетворительное состояние рта. Неудовлетворенность пациентов гигиеной рта или проведенным стоматологическим лечением может оказаться результатом влияния субъективной оценки. В связи, с чем предложенный индекс «Взаимосвязь стоматологического здоровья и качества жизни» может быть модернизирован разделом, освещающим психологические аспекты реабилитации стоматологических пациентов. Наличие подобной информации позволило бы оптимизировать принятие пациентом прописанного комплексного стоматологического лечения [328,545].

3.9. Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнедеятельность Oral Impacts on Daily Performances (OIDP)

Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека – это опросник, целью применения которого является создание альтернативного индикатора измерения влияния стоматологического здоровья на возможность человека выполнять ежедневные функции. Данный опрос, в силу своей краткости, характеризуется легкостью в использовании [468].

Теоретическая основа опросника «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» сформирована на основе международной классификации Всемирной Организации Здравоохранения, адаптированной Д. Локером (D. Locker) для использования в стоматологии. Основная модификация классификации заключается в установлении последовательности патологических изменений, развивающихся во рту. Первый уровень - стоматологический, включает в себя объективные изменения состояния органов и тканей рта и оценивается при помощи клинических показателей. Второй уровень оценки влияния стоматологического здоровья на повседневную жизнь является промежуточным и оценивает самые ранние негативные проявления заболеваний рта, такие как дискомфорт и функциональные ограничения. Третий уровень является, отчасти, субъективным и отражает то, насколько стоматологическое здоровье влияет на повседневную жизнедеятельность человека, на его физическое, психологическое и социальное состояние [469].

Индекс «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» разработан для оценки последствий влияния стоматологического здоровья на повседневную жизнедеятельность человека. Представленный опросник имеет четыре преимущества. Во-первых, опрос четко структурирован и покрывает все необходимые области исследования. Во-вторых, обозначенный подход позволяет избежать или, по крайней мере, уменьшить вероятность повторной оценки воздействия одного и того же фактора. В-третьих, учитываются только значительные

факторы и игнорируются незначительные, не оказывающие влияние на повседневную активность человека. И, наконец, в-четвертых, предложенный подход - наиболее легкий способ измерения влияния стоматологического здоровья на поведение человека с точки зрения выполнения ежедневных действий таких как, прием пищи, улыбка, общение, а не с точки зрения оценки чувственных показателей, таких как дискомфорт, тревога, беспокойство. В связи с чем можно утверждать, что определение надежности и валидности опроса, основанного на «поведенческих факторах», является и более простым, и более эффективным.

С целью определения содержательной валидности была проанализирована таблица индексов нетрудоспособности. На основании этого определены восемь пунктов, описывающие физические, психологические и социальные факторы, влияющие на качество жизни пациентов стоматологического профиля:

1. Возможность приема пищи и эмоции от ее приятия.
2. Возможность внятно говорить и четко произносить звуки.
3. Возможность чистить зубы и ощущать чистоту полости рта.
4. Возможность спокойного сна и качественного отдыха.
5. Возможность смеяться, улыбаться, показывать зубы без стеснения.
6. Стабильное эмоциональное состояние, отсутствие раздражительности.
7. Способность работать и полноценно существовать в социуме.
8. Возможность испытывать радость от общения с людьми [329, 371,389,415,454,460,468,517,538].

В основе применения индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» лежит логический подход, учитывающий, как частоту, так и силу влияния, которое оказывает стоматологическое здоровье на качество жизни. Важно отметить, что степень влияния стоматологического здоровья на повседневную жизнедеятельность оценивается значимостью, которую респонденты приписывают возможным факторам, влияющим на полноценное осуществление функций, выполняемых органами и тканями рта.

При модификации индекса для описания частоты обострений стоматологических заболеваний и связанных с ними изменений в качестве жизни, были введены два понятия: «регулярность» и «периодичность». Главное отличие между ними заключается в том, что понятие «периодичность» используется при нечастом возникновении эпизодов дискомфорта, меньше, чем один раз в месяц. «Регулярность» предполагает более частое возникновение эпизодов социального дискомфорта.

Интервал времени, установленный для анализа, составлял последние шесть месяцев, так как именно этот временной промежуток считается наиболее адекватно оцениваемым, и именно он, как правило, используется при проведении подобных опросов. При отсутствии в анкетах двух и более ответов «не знаю», они не рассматривались.

Для определения силы влияния стоматологического здоровья на повседневную жизнь респондентов просили оценить по шести бальной шкале, как сильно тот или иной фактор влияет на их повседневную жизнь.

Опросник «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» был экспериментально протестирован на респондентах: сельских жителях шестнадцати деревень Таиланда. Общее количество опрошенных составило 501 человек в возрасте от 35 до 44 лет.

Коэффициенты корреляции Пирсона (коэффициент корреляции, используемый для континуальных переменных) между 8 позициями (функциями) опроса составили от 0,03 до 0,54, среднее значение 0,19 и отклонение 2,16. Ретестовая надежность была проверена среди 47 опрошенных с временным интервалом в 3 недели. Каппа (Карра) в отношении оценки частоты колебалась от 0,95 до 1,0, в то время как Каппа в отношении силы влияния колебалась от 0,57 до 1,0. Коэффициент надежности баллов варьировался от 0,91 до 1,0. Коэффициент альфа Кронбаха шкалы измерения (внутренняя последовательность среди вопросов) составил 0,65. Стандартный

показатель альфа, в котором были стандартизированы все отклонения пунктов, составил 0,67.

С целью определения достоверности утверждения об информативности позиций опросника, определяющих влияние стоматологического здоровья на качество жизни, были разработаны три регрессивные модели:

1. Регресс всех параметров.
2. Пошаговый метод выбора лучшего прогнозирующего показателя.
3. Иерархический регресс.

Все параметры регрессивной модели индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» показали самый низкий показатель средней статистической ошибки ($p > 0,01$).

Для проверки конструктивной валидности опрошенные были поделены на две подгруппы. Первая группа состояла из респондентов, чье состояние органов и тканей рта было удовлетворительным. Вторая группа интервьюированных имела неудовлетворительное состояние рта.

Согласно критериальной валидности все респонденты были поделены на три подгруппы исходя из субъективного мнения респондентов. Первая группа определила влияние стоматологического здоровья на свою повседневную жизнь как незначительное, а вторая - как умеренное или среднее. Третья группа заявила о значительном влиянии стоматологического здоровья на свою повседневную жизнь.

С целью увеличения эффективности индекса «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» опросник был дополнен вопросами, дающими объективную оценку состоянию органов и тканей рта. Опрашиваемых спрашивали о беспокоящих их симптомах, о силе, частоте и предполагаемых причинах обострений. Тщательно учитывали не только информацию о симптомах стоматологических заболеваний, но и их влияние на общее состояние организма, физическую и социальную активность.

Исходя из оценки таких показателей, как содержательная и критериальная валидность, индекс «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека», был признан эффективным.

Опрос «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека», проведенный среди жителей Таиланда, подчеркнул взаимосвязь между отмеченным респондентами влиянием стоматологического здоровья и проведенным стоматологическим лечением. Регулируя пороговые значения, индекс зарекомендовал себя как индикатор, который может определять потребности в стоматологических услугах больших групп людей. В настоящее время индекс «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» используется для оценки результатов стоматологических услуг в Англии.

Опрос «Влияние стоматологического здоровья на повседневную жизнь человека» приемлем с точки зрения психометрических свойств и теоретического обоснования. Отличительный признак опроса заключается в том, что он обеспечивает специалистов точными и правдивыми показателями состояния рта, зубов и десен у населения.

Недостатком индекса можно назвать необходимость проведения дополнительных продольных исследований, которые включали бы в себя восприимчивость к изменениям и проводились бы среди бóльшего количества людей различного возраста и этнической принадлежности.

3.10. Степень влияния стоматологического здоровья

The Oral Health Impact Profile (OHIP- 49)

Оценочный индекс «Степень влияния стоматологического здоровья» был создан с целью сбора объективной информации о стоматологическом здоровье. Результаты опроса дополняют традиционные эпидемиологические данные, которые используют специалисты для анализа стоматологических заболеваний и подбора эффективных методов лечения [524].

Опросник «Степень влияния стоматологического здоровья» измеряет частоту и степень влияния стоматологических заболеваний на функциональное, социальное и психологическое благополучие, то есть затрагивает четыре из семи критериев измерения качества жизни, предложенных Д.Л. Патриком (D. L. Patrick) и М. Бергнером (M. Bergner). Опрос исключает субъективную оценку состояния стоматологического здоровья [340,508].

Опросник «Степень влияния стоматологического здоровья» возник в результате попыток ученых измерить влияние медицинского обслуживания на функциональное и социальное состояние человека. Результатом этих попыток стала концептуальная модель, которая и определила соответствующие критерии оценки данного влияния, систематизированные в определенные разделы [439].

Концептуальная модель стоматологического здоровья, представленная Д. Локером, была использована для определения семи основных параметров: функциональная ограниченность, физическая боль, психологический дискомфорт, физическая недееспособность (например, вынужденные изменения в диете), психологические нарушения (например, неспособность мгновенно сконцентрироваться), социальная неполноценность (например, избегание контактов с людьми) и инвалидность. Эта модель основана на классификации, представленной ВОЗ, в которой воздействия заболеваний классифицированы как внутренние симптомы, влияющие на человека, и представленные в виде функциональных ограничений и нарушений, которые отрицательно влияют на социальный статус человека, например, на его работоспособность.

В пилотном интервью приняли участие 64 пациента, которым предлагалось ответить на вопросы без предложенных вариантов ответов. Задача респондентов заключалась в том, чтобы указать какие нарушения во рту влияют на их жизнь. Интервью проходили в штате Аделаида, Австралия, среди взрослых пациентов государственных и частных стоматологических клиник. В результате проделанной работы были получены 535 положений, которые исследованы и систематизированы в

46 уникальных разделов, классифицированных позже в семь концептуальных параметров. Три дополнительных раздела из существующего набора были адаптированы для параметра "инвалидность" [470,471].

Структура опроса: опросник «Степень влияния стоматологического здоровья» состоит из 49 утверждений, перефразированных в вопросы. Респондентов, согласно шкале Ликерта, просили отметить с пятью вариантами ответа как часто они испытывали ту или иную проблему со стоматологическим здоровьем за определенный промежуток времени, например, в последние 12 месяцев. Варианты ответов были следующие: «Очень часто», «Обычно», «Редко», «Почти никогда» и «Никогда». Был также предусмотрен ответ «Не знаю». Для вопросов № 17, 18 и 30 предусматривался ответ «Не относится» в том случае, если интервьюируемый не носил зубные протезы, так как в этом случае этот вопрос не относился к ним.

Подсчет результатов: для подсчета результатов опроса ответы были закодированы: 0 - никогда/не относится, 1 - почти никогда, 2 - редко, 3 – обычно и 4 - очень часто. Ответы «Не знаю» и пропуски не учитывались, так как они рассматривались как пропущенные ответы, которые в последствии повторно были закодированы как среднее значение всех имеющихся ответов на соответствующий вопрос.

Однако, в том случае, если ответов «Не знаю» или просто пропусков было больше, чем 9, то анкета не учитывалась в исследовании. Во время обработки данных, закодированные реакции умножались на показатель каждого вопроса и на результат суммы в пределах каждого параметра, с целью обозначения показателей подпараметров, каждый из которых имел диапазон от нуля (отсутствие какого-либо воздействия) до 40 (влияние стоматологического здоровья на каждый параметр «очень часто»).

Все показатели опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» ОНП-49-RU вычислялись двумя способами. Самый простой способ заключается в

том, чтобы для каждого респондента подсчитать уровень воздействия стоматологического здоровья в его пороговом значении (например, «обычно» или «очень часто»). Во многих фокус-группах распределение итоговой переменной могло быть искажено, так как не многие респонденты отмечали воздействие стоматологического здоровья на пороговом уровне, и это могло нарушить ориентировочные расчеты так необходимые для некоторых параметрических статистических процедур. Второй способ вычисления итогового показателя опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» заключается в создании шкалы измерений (то есть, из значения показателя респондента по каждому разделу вычесть среднее значение шкалы и разделить полученный результат на среднеквадратическое отклонение, создавая, таким образом, семь "зед-показателей") и затем сложить полученные стандартизированные результаты для каждого респондента. Как правило, второй способ намного эффективнее, поскольку он обладает большим распределением для параметрических статистических процедур. Однако, несмотря на свою эффективность, второй метод требует хорошего знания компьютерного программирования и итоговые показатели обладают меньшим интуитивным обращением, чем более простой подсчет уровня влияния [471].

Анализ средства. Стабильность опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» оценена во время экспериментального опроса среди 122 респондентов в возрасте от 60 и выше - жителей штата Аделаида (Австралия). Были использованы результаты разных параметров с целью определения коэффициентов альфа-Кронбаха внутренней стабильности, которая колебалась от 0,70 до 0,83 в отношении шести параметров, и только 0,37 для параметра "инвалидность". Также проведен дальнейший поперечный подсчет показателей 46 утверждений, чтобы вычислить коэффициенты внутриклассовой корреляции ретестовой надежности, которая колебалась от 0,42 до 0,77 для шести параметров и 0,08 для параметра "социальная неполноценность". Во время экспериментального поперечного опроса, где были опрошены люди в возрасте от 50 и старше, проживающие в Онтарио

(Канада), коэффициенты альфа Кронбаха для всех параметров колебались от 0,80 до 0,90. В другом исследовании, проведенном среди людей пожилого возраста в Северной Каролине, надежность была проанализирована отдельно для людей разных этнических групп и для людей с разным уровнем образования (менее и более 8 лет обучения), и коэффициенты «альфа-Кронбаха» всего опроса из 49 утверждений составляли 0,96 и больше для каждой из фокус-групп [469].

Конструктивная валидность вычислялась путем поперечного сравнения ответов опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» и субъективных показателей. В исследовании, в котором приняли участие 122 пожилых жителей штата Аделаида, показатели подразделов опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» ($p < 0,05$) были выше у людей, которые осознавали необходимость в лечении по сравнению с теми, кто этого не понимал. Подобная ситуация наблюдалась в опросе, который проводился в Онтарио, между общим количеством пунктов опросника «Степень влияния стоматологического здоровья» и осознанием необходимости в лечении. Кроме этого, полученный итоговый показатель опросника был незначительно связан с такими индексами как жевание, боль во рту, зубов, десен и зубных протезов и другие симптомы стоматологических заболеваний, проблемы с принятием пищи и выбором продуктов, удовлетворение состоянием здоровья рта, зубов, десен и зубных протезов. Корреляция между ОНIP-49-RU показателями и клиническими показателями, несмотря на предполагаемые результаты, оценивалась только как "относительно сильная".

Коэффициенты изменчивости (σ/μ) варьировались от 0,63 до 2,46 для людей с сохраненными зубными рядами и от 1,00 до 3,46 для людей, имеющих дефекты зубных рядов.

Результаты продольного исследования, проведенного среди 67 пожилых городских жителей на юге Австралии, показали полную надежность показателей опросника. Респондентов попросили отвечать на вопросы анкеты каждый месяц в течение года. Постепенно число вопросов в месяц увеличивалось (исходный

уровень=2,10 пунктов, конечный уровень=2,15, коэффициент достоверности различий=0,83). Опросы в течение 12 месяцев показали, что небольшое количество людей (13,5%) продемонстрировали тенденцию к увеличению/уменьшению воздействий, хотя у 47,8% наблюдалось временное колебание минимум по 2 пунктам минимум 1 раз в месяц [474].

В том случае, если респонденты жили отдельно, авторами принимались самостоятельно заполненные анкеты. Скорость заполнения анкет, присланных по электронной почте (2 напоминания), колебалась от 71 до 86 процентов. Хотя в исследованиях, в которых участвовали пожилые афроамериканцы штата Северная Каролина, где у многих респондентов возникали трудности в чтении, скорость заполнения составила лишь 58%. В то время как большинство респондентов ответили на все 49 вопросов удовлетворительно, 43 процента респондентов пожилого возраста на юге Австралии не ответили, или ответили "не знаю" хотя бы на 1 вопрос. В таких случаях среднее значение индивидуальных вопросов приравнивалось к ответу «не знаю», либо просто вычеркивалось, когда подсчитывались показатели параметров. В том случае, если отсутствие ответов либо наличие ответов «не знаю» превышало 9, то анкета не учитывалась (исследование среди людей пожилого возраста на юге Австралии) [471].

Количество неучтенных анкет можно уменьшить, если в опросе будет участвовать интервьюер, хотя предварительное исследование показало, что существуют и другие проблемы с таким форматом работы, включая временные рамки интервьюера (среднее время, затрачиваемое на интервью «лицом к лицу» или по телефону, занимало 17 минут) и низкий уровень ретестовой надежности.

Независимые выводы по опроснику «Степень влияния стоматологического здоровья» основаны, прежде всего, на эпидемиологических исследованиях, которые показывают высокие значения показателей опросника среди людей, нуждающихся в обширном и разнопрофильном стоматологическом лечении; высокие значения опросника среди групп низкого социального уровня и среди людей, которые в силу

экономических затруднений редко или в случае крайней необходимости посещают стоматолога; более высокие значения опросника выявлены среди пациентов, инфицированных ВИЧ-инфекцией; общая устойчивость для всех значений опросника для большинства людей пожилого возраста, проживающих отдельно в течение двух и более 2 лет; увеличение значений опросника в течение последних 2 лет среди людей, имеющих сохраненные зубные ряды; уменьшение значений опросника в течение последних 2 лет среди людей, которые имели дефекты зубных рядов [468-474].

В России официально могут использоваться валидированные версии опросников качества жизни, в числе которых – ОНП-49-RU, как золотой стандарт оценки качества жизни при любых стоматологических заболеваниях, вне зависимости от возраста и др. факторов и сокращенная версия, состоящая из 14 вопросов ОНП-14-RU [66,67,158].

ГЛАВА 4

Структура стоматологической заболеваемости
пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

В группу наблюдения вошли 1000 человек пожилого, старческого возраста и долгожители. Группу пожилых людей (408 человек) сформировали пациенты стоматологического профиля в возрасте 60-74 года, что составило 40,8% от общего количества исследуемых пациентов. В группу лиц старческого возраста включены 481 пациент в возрасте 75-89 лет, что составило 48,1% от общего количества обследуемых пациентов. Долгожители - пациенты в возрасте 90 лет и старше составили самую малочисленную группу из 111 человек, 11,1% от общего количества пациентов (Рисунок 2).

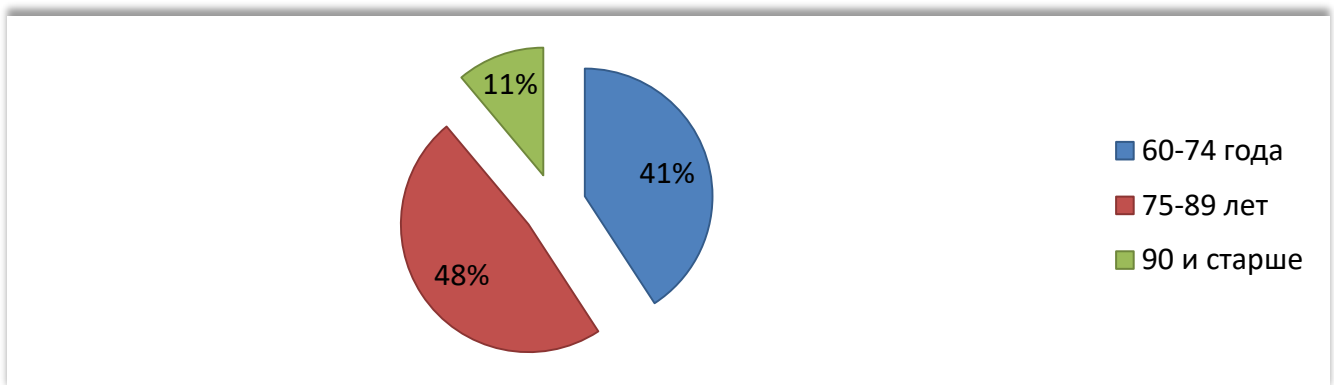


Рисунок 2 - Возрастная структура пациентов
пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%)

В группе наблюдения от общего числа пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей преобладали лица женского пола (573; 57,3%) над мужчинами (427 – пациентов - 42,7%) (Рисунок 3).

Все обследуемые пациенты, помимо возрастной градации, ранжированы соответственно виду дефектов зубных рядов по классификации Кеннеди (1923),

которую удобно использовать в качестве описательного инструмента, детально отображающего дефекты зубных рядов.

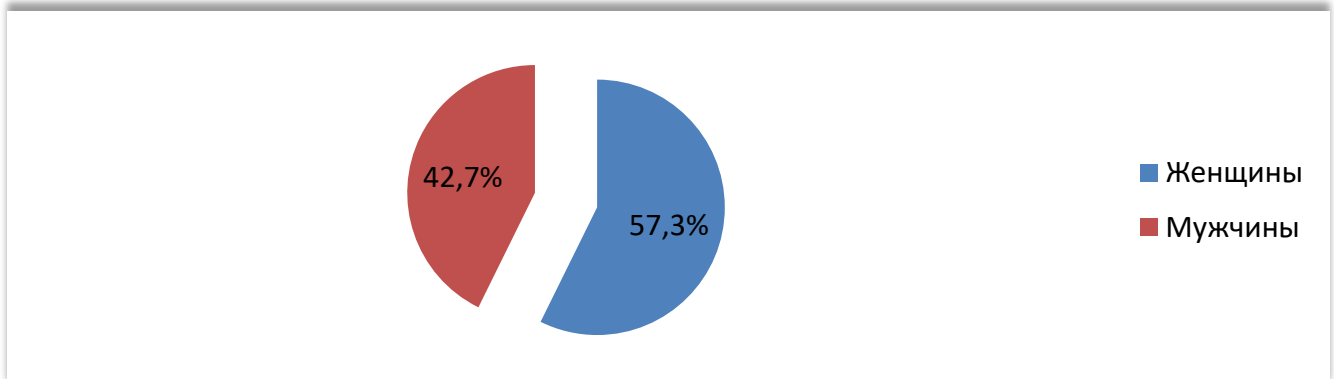


Рисунок 3 - Гендерный профиль пациентов группы наблюдения пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%)

Отдельно учитывали число пациентов с полной потерей зубов. Двухсторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 1) выявлены у 120 (12%) пациентов. Односторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 2) - у 260 (26%) обследованных. Включенные дефекты боковых отделов зубных рядов (Кеннеди 3) выявлены у 200 (20%) пациентов группы наблюдения. Дефекты передних отделов зубных рядов (Кеннеди 4) - у 60 (6%) пациентов. Полное отсутствие зубов наблюдалось у 360 (36%) обследованных (Таблица 1).

Таблица 1 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди) у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей; (абс. число; %)

И класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
					
120 человек 12%	260 человек 26%	200 человек 20%	60 человек 6%	360 человек 36%	1000 100%

Анализ полученных данных указывает на достоверно больший процент лиц с полным отсутствием зубов (36%) в группе наблюдения, достоверно реже выявляли пациентов с дефектами зубных рядов IV класса (6%), практически в равной степени выявляли дефекты II и III классов по Кеннеди (соответственно по 26 и 20%).

Помимо этого, у пациентов группы наблюдения проанализировано наличие включенных дефектов зубных рядов. Первый подкласс предполагает наличие одного включенного дефекта, второй – двух и третий – трех включенных дефектов.

В возрастной группе пожилых пациентов с выявленными дефектами первого класса 1 подкласса по классификации Кеннеди оказалось 20 человек (4,9% от общего количества пациентов этой возрастной группы); 19 пациентов (4,7% от общего количества пациентов этой возрастной группы) имели 2 включенных дефекта; 15 обследованных – 3 дефекта (3,7%).














Второй класс 1 подкласс объединил 63 человек – 15,4% от общего количества пациентов этой возрастной группы; 2 класс 2 подкласс - 25 человек – 6,1% от общего количества пациентов этой возрастной группы; 2 класс 3 подкласс – 13 человек – 3,9% от общего количества пациентов этой возрастной группы.

Третий класс 1 подкласс состоял из 52 человек (12,7%); 3 класс 2 подкласс наблюдался у 25 человек (6,1%) и третий класс третий подкласс у 25 человек (6,1%).

Четвертый класс дефектов зубных рядов по классификации Кеннеди выявлен у 43 пациентов, что составляет 10,6% от общего количества пациентов этой возрастной группы.

Полное отсутствие зубов выявлено у 108 человек, что составляет 26% от общего количества пациентов этой возрастной группы (Таблица 2).

Таблица 2 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости
(частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди)
в возрастной группе пожилых пациентов; (абс. число; %)














I класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
 54 человека 13,3%	 101 человек 24,7%	 102 человека 24,9%	 43 человека 10,6%	108 человек 26,5%	408 100%
 20 человек 4,9%	 63 человека 15,4%	 52 человека 12,7%			135 чел. 33,1%
 19 человек 4,7%	 25 человек 6,1%	 25 человек 6,1%			69 чел. 16,9%
 15 человек 3,7%	 13 человек 3,2%	 25 человек 6,1%			53 чел. 13,0%

Среди пациентов старческого возраста с 1 классом 1 подклассом оказалось 6 человек (1,2% от общего количества пациентов этой возрастной группы); 29 человек (65%) имели дефект зубного ряда 1 класса 2 подкласса; 21 (4,4%) пациентов имели дефекты 1 класса 3 подкласса. Второй класс 1 подкласс объединил 16 человек (3,3%); 2 класс 2 подкласс - 76 человек (15,8%); 2 класс 3 подкласс - 51 человек (10,6% от общего количества пациентов этой возрастной группы). Дефекты третьего класса 1 подкласса выявлены у 27 пациентов (5,6% от общего количества пациентов этой возрастной группы); 3 класса 2 подкласса - у 26 (5,4%) пациентов и третьего класса третьего подкласса - у 26 (5,4%) обследованных. Дефекты четвертого класса по Кеннеди выявлены у 15 человек, что составило 3,2% от общего количества пациентов

этой возрастной группы. Полная потеря зубов выявлена у 188 человек – 39,1% от общего количества пациентов данной возрастной группы. Общее количество пациентов в данной возрастной группе 481 человек (Таблица 3).

В возрастной группе «Долгожители» 1 пациент оказался с дефектом зубных рядов 1 класса 1 подкласса (0,9%); 3 пациента имели дефекты 1 класса 2 подкласса (2,7%) и 6 - составили группу 1 класс 3 подкласс (5,4%).

Таблица 3 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости в возрастной группе пациентов старческого возраста; (абс. число; %)

I класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
 56 человек 11,6%	 143 человека 29,7%	 79 человек 16,4%	 15 человек 3,2%	188 человек 39,1%	481 100%
 6 человек 1,2%	 16 человек 3,3%	 27 человек 5,6%			49 чел. 10,2%
 29 человек 6,0%	 76 человек 15,8%	 26 человек 5,4%			131 чел. 27,2%
 21 человек 4,4%	 51 человек 10,6%	 26 человек 5,4%			98 чел. 20,3%

Дефекты второго класса 1 подкласса выявлены у 4 пациентов (3,6% от общего количества пациентов этой возрастной группы); 2 класса 2 подкласса - у 5 человек (4,5%) и 2 класса 3 подкласса – у 7 (6,3%) обследованных.

Дефекты третьего класса 1 подкласса выявлены у 3 человек, что составило 2,7% от общего количества пациентов этой возрастной группы; 3 класса 2 подкласса – у 7














(6,3%) пациентов; третьего класса третьего подкласса - у 9 пациентов (8,1% от общего количества пациентов этой возрастной группы).

Дефекты четвертого класса выявлены у 2 пациентов, что составило 1,8% от общего количества пациентов этой возрастной группы.

Полное отсутствие зубов диагностировали у 64 человек (57,7% от общего количества пациентов этой возрастной группы).

Общее количество пациентов в данной возрастной группе составило 111 человек (Таблица 4).

Таблица 4 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости в возрастной группе долгожителей (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди); (абс. число, %)

I класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
 10 человек 9,0%	 16 человек 14,4%	 19 человек 17,15%	 2 человека 1,8%	64 человека 57,7%	111 100%
 1 человек 0,9%	 4 человек 3,6%	 3 человека 2,7%			8 чел. 7,2%
 3 человека 2,7%	 5 человека 4,5%	 7 человек 6,3%			15 чел. 13,5%
 6 человек 5,4%	 7 человек 6,3%	 9 человек 8,1%			22 чел. 19,8%

Таким образом, проведенный анализ структуры стоматологической заболеваемости у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей показал, что двухсторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 1) имелись у 120

человек (12,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей). Из них 27 (2,7%) обследованных дополнительно имели один включенный дефект, 51 (5,1%) – два включенных дефекта и 42 (4,2%) пациента – 3 включенных дефекта. Односторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 2) диагностированы у 260 человек (26,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей). Из них 83 (8,3%) пациентов дополнительно имели один включенный дефект, 106 человек (10,6%) - два включенных и 71 человек (7,1%) - 3 включенных дефекта зубных рядов. Включенные дефекты боковых отделов зубных рядов (Кеннеди 3) выявлены у 200 человек (20,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей). Из которых 82 (8,2%) пациентов дополнительно имели один включенный дефект, 58 (5,8%) – два включенных дефекта и 60 (6,0%) пациентов – 3 включенных дефекта. Дефекты передних отделов зубных рядов (Кеннеди 4) выявляли у 60 (6,0%) обследованных. Полное отсутствие зубов выявляли у 360 пациентов группы наблюдения (36,0%) (Таблица 5).

Таблица 5 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди) у пациентов группы наблюдения пожилого, старческого возраста и долгожителей; (абс. число, %)

I класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
 120 человек 12%	 260 человек 26%	 200 человек 20%	 60 человек 6%	360 человек 36%	1000 100%
 27 человек 2,7%	 83 человека 8,3%	 82 человека 8,2%			192 чел. 19,2%

Продолжение таблицы 5

I класс	II класс	III класс	IV класс	Полное отсутствие зубов	Итого
 51 человек 5,1%	 106 человек 10,6%	 58 человек 5,8%			215 чел. 21,5%
 42 человека 4,2%	 71 человек 7,1%	 60 человек 6,0%			173 чел. 17,3%

Об ухудшении клинической ситуации с возрастом косвенно свидетельствует численное увеличение подкласса Кеннеди. Если в возрастной группе 60-74 года суммарное число лиц с дефектами первого подкласса Кеннеди (1-3 класс) составило 135 (33,1% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), со вторыми подклассами – 69 человек (16,9%), с третьими подклассами - 53 человека (13,0%).

В возрастной группе пациентов 75-89 лет суммарное количество человек с первыми подклассами Кеннеди (1-3 класс) уменьшилось практически втрое в сравнении с возрастной группой 60-74 года и составило 49 человек (10,2% от общего количества пациентов этой возрастной группы), со вторыми подклассами достоверно увеличилось до 131 человека (27,2% против 16,9% у пожилых лиц), с третьими подклассами увеличилось до 98 человек (20,3% против 13,0% у пожилых лиц).

В возрастной группе 90 лет и старше суммарное число пациентов с дефектами первого подкласса Кеннеди (1-3 класс) минимальное и составило 8 человек (7,2% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), со вторыми подклассами незначительное - 15 человек (13,5%), с третьими подклассами максимально 22 человека (19,8%) (Рисунок 4).

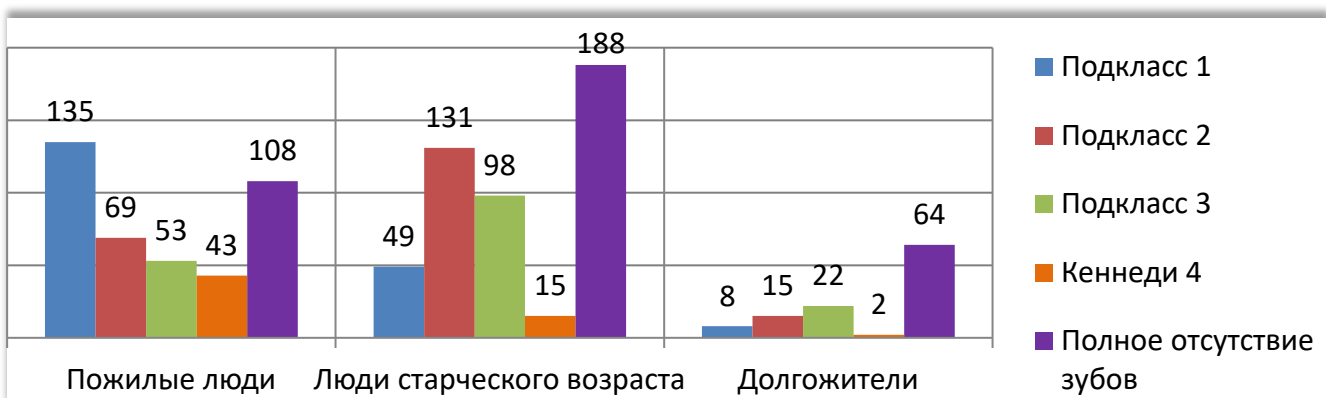


Рисунок 4 - Сравнительный анализ распределения пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, согласно подклассу классификации дефектов зубных рядов Кеннеди; (абс. число)

Об ухудшение стоматологического ортопедического статуса у с возрастом свидетельствует и динамика показателей полного отсутствия зубов. Так, если в возрастной группе пожилых лиц полное отсутствие зубов в процессе обследования выявлено у 108 человек (15,7% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), то у лиц старческого возраста - уже у 188 человек (39,1%), а в возрастной группе долгожителей - у 64 пациентов (57,7%), что объективно отражает достоверно и прогрессивно нарастающую динамику частоты выявления полного отсутствия зубов с возрастом.

ГЛАВА 5

Сравнительный анализ стоматологических ортопедических конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

Общее количество штифтовых конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 3016 единиц, из них 1418 (47%) выполнено лицам пожилого возраста, 1328 (44%) конструкций пациентам старческого возраста и 270 (9%) - пациентам-долгожителям (Рисунок 5).

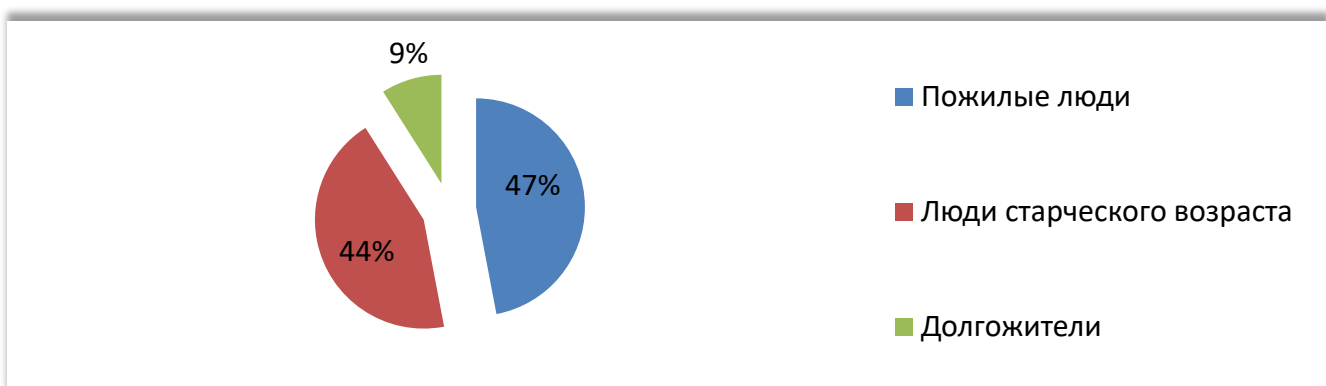


Рисунок 5 – Анализ удельного веса штифтовых конструкций (N=3016 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 3336 единиц. Пожилым пациентам было изготовлено 1332 (39,9%) коронки, лицам старческого возраста – 1662 (49,8%) единицы, пациентам-долгожителям – 342 (10,3%) искусственные коронки (Рисунок 6).

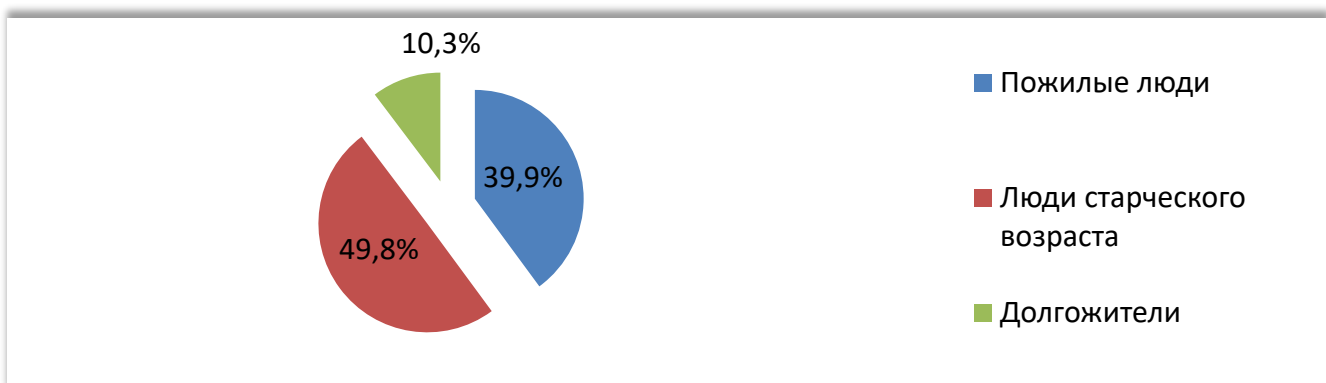


Рисунок 6 - Анализ удельного веса искусственных коронок (N=3336 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 1410 единиц. Пациентам возрастной группы «Пожилые люди» было изготовлено 680 (48,2%) таких ортопедических конструкций, лицам старческого возраста - 620 (44%) и 110 (7,8%) мостовидных конструкций было изготовлено пациентам-долгожителям (Рисунок 7).

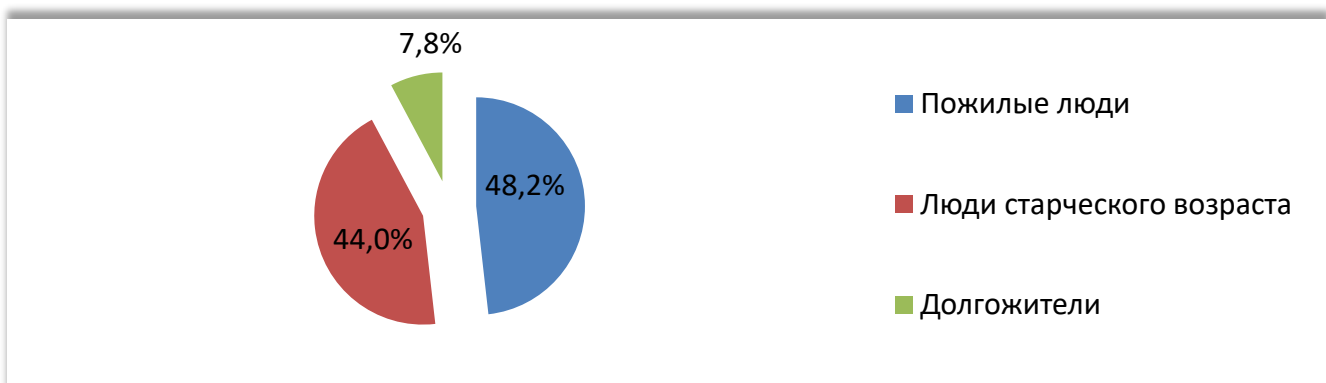


Рисунок 7 - Анализ удельного веса мостовидных протезов (N=1410 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 957 единиц. Пациентам возрастной группы «Пожилые люди» было изготовлено 436 (45,6%) таких ортопедических конструкций, лицам старческого возраста – 445 (46,5%), пациентам-долгожителям – 76 (7,9%) (Рисунок 8).

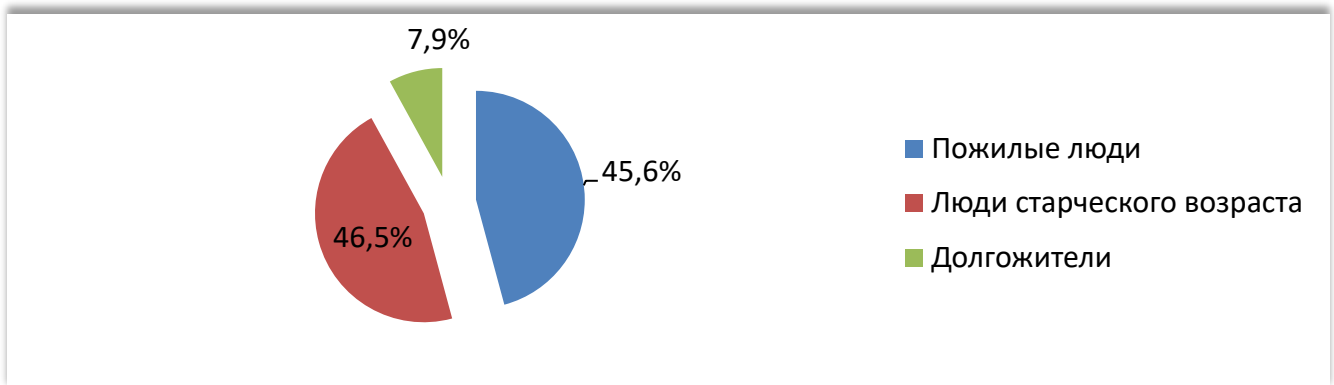


Рисунок 8 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов (N=957 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество бюгельных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 404 единицы. Пациентам возрастной группы «Пожилые люди» было изготовлено 196 (48,5%) таких ортопедических конструкций, лицам старческого возраста -184 (45,5%), пациентам - долгожителям - 24 (6,0%) бюгельных протеза (Рисунок 9).

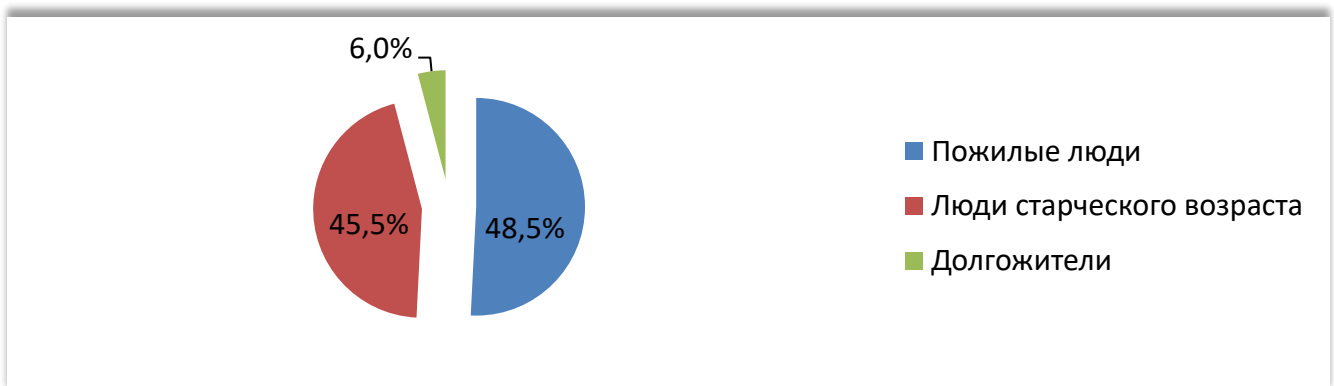


Рисунок 9 - Анализ удельного веса бюгельных протезов (N=404 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество съемных пластиночных протезов при полной потере зубов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, составило 720, из них пожилым пациентам изготовлено 216 (30%), лицам старческого возраста – 376 (52,2%), пациентам-долгожителям – 128 (17,8%) конструкций. (Рисунок 10).

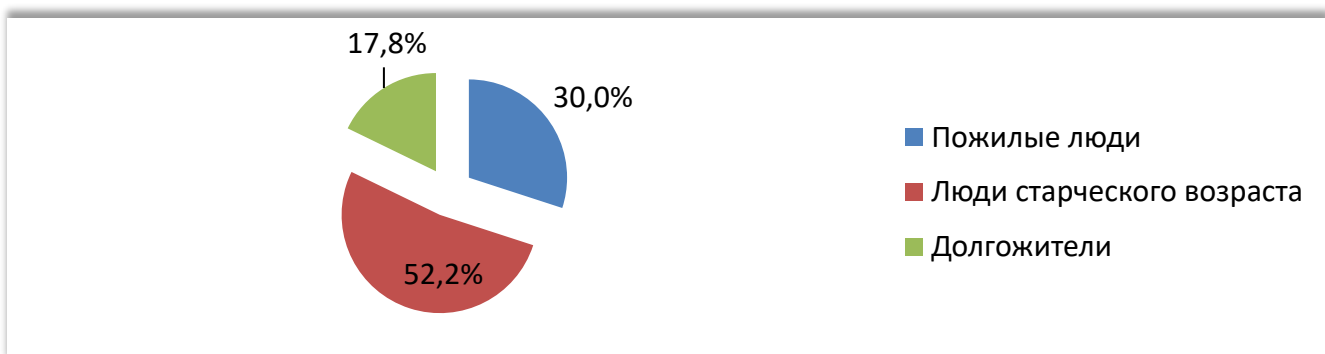


Рисунок 10 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при полной потере зубов (N=720 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Возрастные группы пациентов имеют разночисленный характер, числовое сравнение в абсолютных величинах представляет сложности, в связи, с чем для получения объективной информации был проведен анализ среднего количества ортопедических конструкций на одного пациента каждой возрастной группы в относительных величинах.

Проведенный структурный анализ зубопротезных конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, показал, что в возрастной группе пожилых лиц (60-74 года) количество изготовленных штифтовых конструкций составляет 1418 единиц (47,0% от общего количества штифтовых конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента пожилого возраста составляет $3,5 \pm 0,08$ (N=408 ед.) единицы.

В возрастной группе лиц старческого возраста (75-89 лет) количество изготовленных штифтовых конструкций составляет 1328 единиц (44,0% от общего количества штифтовых конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента старческого возраста составляет $2,8 \pm 0,04$ (N=481 ед.) единицы.

В возрастной группе 90 лет и старше количество штифтовых конструкций уменьшилось до 270 единиц (9,0% от общего количества штифтовых конструкций,

изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям). При этом среднее количество конструкций на одного пациента-долгожителя составляет $2,4 \pm 0,08$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 11).



Рисунок 11 - Среднее количество штифтовых конструкций, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Достоверно большее количество изготовленных штифтовых конструкций на одного человека, приходится на пациентов возрастной группы «Пожилые люди», что можно объяснить наличием бóльшего количества зубов, пригодных для восстановления коронковой части, чем у пациентов старческого возраста и долгожителей.

В возрастной группе пожилых лиц (60-74 года) количество искусственных коронок составило 1332 единицы (39,9% от общего количества искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пожилого - $3,3 \pm 0,08$ (N=408 ед.) единицы.

У лиц старческого возраста (75-89 лет) было зафиксировано 1662 единицы искусственных коронок, что составляет 49,8% от общего количества искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; среднее количество конструкций на одного пациента старческого возраста составляет $3,5 \pm 0,04$ (N=481 ед.) единицы.

В возрастной группе 90 лет и старше количество установленных искусственных коронок снизилось до 342 единиц (10,2% от общего количества искусственных

коронкам, изготовленным пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента-долгожителя составляет $3,1 \pm 0,07$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 12).



Рисунок 12 - Среднее количество искусственных коронок, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Достоверно большее количество изготовленных искусственных коронок установлено у пациентов старческого возраста, что можно объяснить большим количеством зубов, нуждающихся в защитной функции искусственных коронок и пригодных для их установки под опорно-удерживающие элементы съемных ортопедических конструкций.

У пожилых пациентов искусственные коронки чаще являются частью мостовидного протеза. Пациенты в возрасте 90 лет и старше имеют меньшее количество зубов.

У лиц пожилого возраста (60-74 года) количество мостовидных протезов составляет 680 единиц (48,2% от общего количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пожилого пациента составляет $1,7 \pm 0,08$ (N=480 ед.) единицы.

У лиц старческого возраста (75-89) лет изготовлено 620 единиц мостовидных протезов (44,0% от общего количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество

конструкций на одного пациента старческого возраста составляет $1,3 \pm 0,05$ ($N=481$ ед.) единицы.

Число установленных у долгожителей мостовидных протезов уменьшилось до 110 единиц (7,8%), среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $1,0 \pm 0,02$ ($N=111$ ед.) (Рисунок 13).



Рисунок 13 - Среднее количество мостовидных протезов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Максимальное значение среднего количества изготовленных мостовидных протезов на одного человека приходится на пациентов пожилого возраста, это можно объяснить наличием у этих пациентов включенных дефектов зубных рядов не продолжительных размеров и большим количеством зубов, пригодных для использования в качестве опоры мостовидного протеза. Пациенты возрастной группы старческого возраста и долгожители имеют концевые дефекты и включенные дефекты зубных рядов продолжительностью, исключающей применение мостовидных протезов.

В возрастной группе 60-74 года количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов составляет 436 единиц (45,6% от общего количества частичных съемных пластиночных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пожилого пациента составляет $1,1 \pm 0,02$ ($N=480$ ед.) единицы.

В возрастной группе 75-89 лет количество таких протезов составляет 445 единиц (46,5% от общего количества таких протезов, изготовленных пациентам

пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы - $0,9 \pm 0,06$ (N=481 ед.) единицы.

В возрастной группе 90 лет и старше количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов уменьшилось до 76 единиц (7,9% от общего количества таких протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $0,7 \pm 0,09$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 14).



Рисунок 14 - Среднее количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Количество съемных пластиночных протезов, приходящихся на одного пациента пожилого возраста с частичным отсутствием зубов, самое значительное. Это можно объяснить комбинированным рациональным протезированием, проводимым с помощью несъемных ортопедических конструкций (мостовидных протезов) и съемных пластиночных протезов. Количество аналогичных конструкций у лиц старческого возраста и долгожителей незначительное, это можно объяснить их заменой на съемные пластиночные протезы при полной утрате зубов в связи с ухудшением клинической ситуации.

В возрастной группе 60-74 года количество бюгельных протезов составляет 196 единиц (48,5% от общего количества бюгельных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $0,5 \pm 0,08$ (N=408 ед.) единицы.

В возрастной группе 75-89 лет количество бюгельных протезов составляет 184 единицы (45,5% от общего количества бюгельных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $0,4 \pm 0,06$ (N=481 ед.) единицы. В возрастной группе 90 лет и старше количество бюгельных протезов уменьшилось до 24 единиц (6,0% от общего количества бюгельных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пациента-долгожителя составляет $0,2 \pm 0,08$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 15).



Рисунок 15 - Среднее количество бюгельных протезов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Максимальное значение среднего количества изготовленных бюгельных протезов на одного человека, приходится на пациентов пожилого возраста. Количество бюгельных протезов в возрастных группах пожилых и лиц старческого возраста приблизительно одинаковое. Это можно объяснить комбинированным рациональным протезированием, проводимым с помощью несъемных ортопедических конструкций (мостовидных протезов) и более дешевых частичных съемных пластиночных протезов. Незначительное количество изготовленных бюгельных протезов пациентам пожилого возраста можно объяснить большей сохранностью зубных рядов и наличием большего количества зубов. Количество аналогичных конструкций в возрастной группе «Долгожители» минимальное, что

можно объяснить их заменой на съемные пластиночные протезы при полной потере зубов в связи с ухудшением клинической ситуации.

В возрастной группе лиц 60-74 лет с полной потерей зубов количество изготовленных съемных пластиночных протезов составляет 216 единиц (30,0% от общего количества таких протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям); среднее количество конструкций на одного пожилого пациента составляет $0,4 \pm 0,06$ (N=480 ед.) единицы. В возрастной группе лиц 75-89 лет количество изготовленных съемных пластиночных протезов при полной потере зубов составило 376 единиц (52,2% от общего количества таких протезов); среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $0,7 \pm 0,05$ (N=481 ед.) единицы. В возрастной группе 90 лет и старше количество съемных пластиночных протезов при полной потере зубов составило 128 единиц (17,8% от общего количества полных съемных пластиночных протезов); среднее количество конструкций на одного пациента-долгожителя составляет $1,1 \pm 0,07$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 16). Максимальное количество съемных пластиночных протезов при полной потере зубов приходится на одного пациента группы долгожителей, что можно объяснить максимальным отсутствием зубов у пациентов данной возрастной категории.

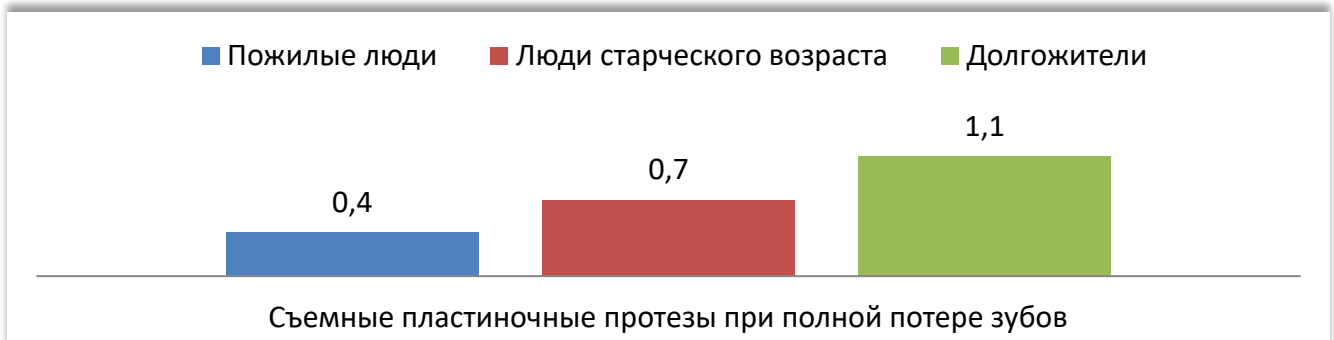


Рисунок 16 - Среднее количество съемных пластиночных протезов при полной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)

Поскольку при частичной потере зубов съемные пластиночные протезы и бюгельные протезы являются конструкциями взаимозаменяемыми и устанавливаются в зависимости от финансового благополучия пациентов, то суммарное их количество является показательной величиной и составляет у пожилых пациентов 632 единицы; среднее количество конструкций на одного пожилого пациента - $1,5 \pm 0,02$ (N=480 ед.) единицы. У пациентов старческого возраста - 629 единиц; среднее количество конструкций на одного пациента данной возрастной группы составляет $1,3 \pm 0,04$ (N=481 ед.) единицы. У пациентов возрастной группы «Долгожители» - 100 единиц; среднее количество конструкций на одного пациента составляет $0,9 \pm 0,06$ (N=111 ед.) единицы (Рисунок 17).

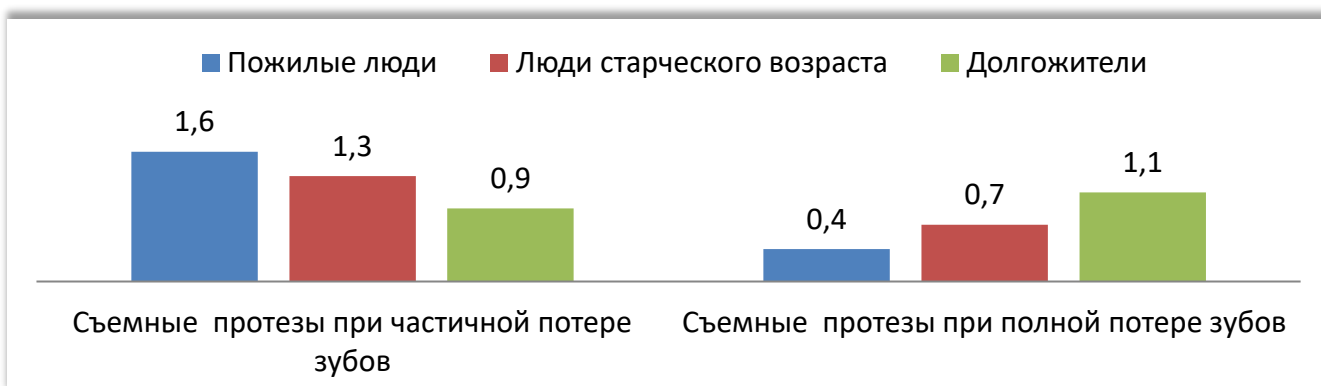


Рисунок 17 - Среднее количество съемных протезов при частичной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя (ед.)

Максимальное количество съемных пластиночных протезов, изготовленных одному пациенту по поводу частичной потери зубов, приходится на группу лиц пожилого возраста. Диаграмма наглядно изображает, что с возрастом количество изготовленных съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов уменьшается, а съемных пластиночных протезов при полной потере зубов, наоборот, увеличивается, что косвенно отражает негативную возраст-ассоциированную динамику ухудшения стоматологического здоровья и связанное с возрастом увеличение протяженности дефектов зубных рядов (Рисунок 18).



Рисунок 18 - Сравнительный анализ количества стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам различных возрастных групп; (ед.)

Анализ ортопедических конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям показал, что несъемные ортопедические конструкции были изготовлены 338 (33,8%) пациентам, исключительно съемные ортопедические конструкции были установлены 167 (16,7%) пациентам и комбинированное съемно-несъемное протезирование было проведено у 495 (49,5%) пациентов группы наблюдения (Таблица 6).

Таким образом, общее количество ортопедических конструкций, изготовленных и установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям составило 9843 единицы. Общее количество установленных штифтовых конструкций - 3016 единиц, искусственных коронок - 3336, мостовидных протезов - 1410, съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов - 957, бюгельных протезов - 404, съемных пластиночных протезов у лиц с полной потерей зубов - 720 единиц.

Таблица 6 - Анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам различных возрастных групп; (ед.; $M \pm m$)

Возраст	Вид ортопедической конструкции											Всего ортопедических конструкций	
	Штифтовые конструкции		Коронки искусственные		Протезы мостовидные		Съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов		Бюгельные протезы		Съемные пластиночные протезы при полной потере зубов		
	Кол-во	Среднее значение на одного человека	Кол-во	Среднее значение на одного человека	Кол-во	Среднее значение на одного человека	Кол-во	Среднее значение на одного человека	Кол-во	Среднее значение на одного человека	Кол-во		Среднее значение на одного человека
60-74 лет 408 чел.	1418	3,5±0,08	1332	3,3±0,08	680	1,7±0,08	436	1,1±0,02	196	0,5±0,08	216	0,4±0,06	4278
							632 / 1,5±0,02						
75-89 лет 481 чел.	1328	2,8±0,04	1662	3,5±0,04	620	1,3±0,05	445	0,9±0,06	184	0,4±0,06	376	0,7±0,05	4615
							629 / 1,3±0,04						
90 лет и старше 111 чел.	270	2,4±0,08	342	3,1±0,07	110	1,0±0,07	76	0,7±0,09	24	0,2±0,08	128	1,1±0,07	950
							100 / 0,9±0,06						
Всего 1000	3016		3336		1410		957		404		720		9843

ГЛАВА 6

Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, применяемых у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей

6.1. Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам пожилого возраста

В возрастной группе «Пожилые люди» за стоматологической ортопедической помощью обратились 408 человек, которым по клиническим показаниям были изготовлены различные зубопротезные конструкции. В общей структуре последних штифтовые конструкции занимают 33,1% (1418 единиц), коронки искусственные 31,1% (1332 единицы), протезы мостовидные 15,9% (680 единиц), съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов 10,2% (436 единиц), бюгельные протезы 4,6% (196 единиц), пластиночные съемные протезы при полной потере зубов 5,1% (216 единиц). Общее количество ортопедических конструкций, изготовленных пациентам пожилого возраста, составило 4278 единиц (Таблица 7).

Всего пациентам пожилого возраста было изготовлено 1332 единицы искусственных коронок. Исходя из материала и способа изготовления, искусственные коронки были традиционно разделены на группы: коронки металлические штампованные – 306 единиц (23%); коронки металлические литые – 360 единиц (27%); коронки комбинированные (металлокерамические) – 639 единиц (48%); коронки керамические – 27 единиц (2%) (Таблица 8).

Таблица 7 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам
пожилого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Вид ортопедической конструкции										Всего		
	Штифтовые конструкции	Коронки искусственные				Протезы мостовидные				Съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов		Бюгельные протезы	Съемные пластиночные протезы при полной потере зубов
		Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	Металлические паянные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические				
60-74	1418	Всего 1332				Всего 680				436	196	216	4278
		306 7,1%	360 8,4%	639 15%	27 0,6%	150 3,5%	190 4,4%	238 5,6%	102 2,4%				
	33,1%	31,1%				15,9%				10,2%	4,6%	5,1%	100%

Таблица 8 - Структурный анализ искусственных коронок, установленных пациентам пожилого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Коронки искусственные				Всего
	Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
60-74	306	360	639	27	1332
	23%	27%	48%	2%	100%

Мостовидных протезов пациентам пожилого возраста было изготовлено 680 единиц. Учитывая материал и способ изготовления, все мостовидные протезы были разделены на следующие группы: протезы мостовидные металлические паяные – 150 единиц (22,1%); протезы мостовидные металлические литые – 190 единиц (27,9%); протезы мостовидные комбинированные (металлокерамические) – 238 единиц (35,0%); протезы мостовидные керамические – 102 единицы (15,0%) (Таблица 9).

Таблица 9 - Разновидности мостовидных протезов, установленных пациентам пожилого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Протезы мостовидные				Всего
	Металлические паяные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
60-74	150	190	238	102	680
	22,1%	27,9%	35,0%	15,0%	100%

6.1. Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам старческого возраста

В возрастной группе лиц старческого возраста за стоматологической ортопедической помощью обратились 481 человек, которым по клинической показаниям были изготовлены следующие ортопедические конструкции: штифтовые конструкции – 1328 единицы (28,8%); коронки искусственные – 1662 единицы (36,0%); протезы мостовидные – 620 единиц (13,4%); съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов – 445 единиц (9,6%); бюгельные протезы – 184 единицы (4,1%); пластиночные съемные протезы при полной потере зубов – 376 единиц (8,1%).

Общее количество ортопедических конструкций, изготовленных пациентам старческого возраста, составило 4615 ед. (Таблица 10).

Всего пациентам старческого возраста было изготовлено 1662 единицы искусственных коронок. Исходя из материала и способа изготовления, искусственные коронки были традиционно представлены следующими видами: коронки металлические штампованные – 381 единица (22,9%); коронки металлические литые – 450 единиц (27,1%); коронки комбинированные (металлокерамические) – 798 единиц (48%); коронки керамические – 33 единицы (2%) (Таблица 11).

Таблица 10 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Вид ортопедической конструкции										Всего		
	Штифтовые конструкции	Коронки искусственные				Протезы мостовидные				Съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов		Бюгельные протезы	Съемные пластиночные протезы при полной потере зубов
		Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	Металлические паянные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические				
75-89 лет	1328	Всего 1662				Всего 620				445	184	376	4615
		381 8,3%	450 9,7%	798 17,3%	33 0,7%	136 2,9%	174 3,8%	216 4,7%	94 2,0%				
	28,8%	36,0%				13,4%				9,6%	4,1%	8,1%	100%

Таблица 11 - Разновидности искусственных коронок, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Коронки искусственные				Всего
	Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
75-89	381	450	798	22	1662
	22,9%	27,1%	48%	2%	100%

Мостовидных протезов пациентам возрастной группы старческого возраста было изготовлено 620 единиц. Учитывая материал и способ изготовления, все мостовидные протезы были разделены на следующие группы: протезы мостовидные металлические паяные – 136 единиц (21,9%); протезы мостовидные металлические литые – 174 единицы (28,1%); протезы мостовидные комбинированные (металлокерамические) – 324 единицы (34,8%); протезы мостовидные керамические – 94 единицы (15,2%) (Таблица 12).

Таблица 12 - Разновидности мостовидных протезов, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %)

Возраст	Протезы мостовидные				Всего
	Металлические паяные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
75-89	136	174	216	94	620
	21,9%	28,1%	34,8%	15,2%	100%

6.3. Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам долгожителям

За стоматологической ортопедической помощью обратились 111 пациентов из числа долгожителей, которым по клиническим показаниям были изготовлены следующие ортопедические конструкции: штифтовые конструкции – 270 единиц (28,4%); коронки искусственные – 342 единицы (36,0%); протезы мостовидные – 110 единиц (11,6%); съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов – 76 единиц (8,0%); бюгельные протезы – 24 единицы (2,5%); пластиночные съемные протезы при полной потере зубов – 128 единиц (13,5%).

Общее количество стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам-долгожителям, составило 950 единиц (Таблица 13).

Пациентам возрастной группы «Долгожители» всего было изготовлено 342 единицы искусственных коронок. Исходя из материала и способа изготовления, искусственные коронки были традиционно разделены на следующие группы: коронки металлические штампованные – 78 единиц (22,8%); коронки металлические литые – 96 единиц (28,1%); коронки комбинированные (металлокерамические) – 162 единицы (47,4%); коронки керамические – 6 единицы (1,7%) (Таблица 14).

Таблица 13 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных
долгожителям (абс. число; %)

Возраст	Вид ортопедической конструкции										Всего		
	Штифтовые конструкции	Коронки искусственные				Протезы мостовидные				Съемные пластиночные протезы при частичной потере зубов		Бюгельные протезы	Съемные пластиночные протезы при полной потере зубов
		Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	Металлические паянные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические				
90 лет и старше	270	Всего 342				Всего 110				76	24	128	950
		78 8,2%	96 10,1%	162 17,1%	6 0,6%	24 2,5%	30 3,2%	40 4,2%	16 1,7%				
	28,8%	36,0%				11,6%				8,0%	2,5%	13,5%	100%

Таблица 14 - Разновидности искусственных коронок, установленных
долгожителям; (абс. число; %)

Возраст	Коронки искусственные				Всего
	Металлические штампованные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
90 лет и старше	78	96	162	6	342
	22,8%	28,1%	47,4%	1,7%	100%

Пациентам возрастной группы «Долгожители» было изготовлено 110 единиц мостовидных протезов. Учитывая материал и способ изготовления, все мостовидные протезы были разделены на следующие группы: протезы мостовидные металлические паяные – 24 единицы (21,8%); протезы мостовидные металлические литые – 30 единиц (27,3%); протезы мостовидные комбинированные (металлокерамические) – 40 единиц (36,4%); протезы мостовидные керамические – 16 единиц (14,5%) (Таблица 15).

Таблица 15 - Типы мостовидных протезов, установленных долгожителям;
(абс. число; %)

Возраст	Протезы мостовидные				Всего
	Металлические паяные	Металлические литые	Комбинированные (металлокерамические)	Керамические	
90 лет и старше	24	30	40	16	110
	21,8%	27,3%	36,4%	14,5%	100%

Таким образом, всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, обратившимся в медицинские учреждения стоматологического профиля за стоматологической ортопедической помощью, было изготовлено 3 336 искусственных коронок. Общее количество штампованных коронок составило 765 единиц (22,9%), литых металлических коронок - 906 единиц (27,2%), металлокерамических коронок - 1599 единиц (47,9%), керамических - 66 единиц (2,0%).

Общее количество искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого возраста составило 1332 единицы, из которых металлических штампованных - 306 единиц (23,0%), металлических литых - 360 единиц (27,0%), комбинированных металлокерамических - 639 единиц (48,0%), керамических - 27 единиц (2,0%).

Общее количество искусственных коронок, изготовленных пациентам старческого возраста составило 1662 единицы, из которых металлических штампованных - 381 единица (22,9%), металлических литых - 450 единиц (27,1%), комбинированных металлокерамических - 798 единиц (48,0%), керамических - 22 единицы (2,0%).

Общее количество искусственных коронок, изготовленных пациентам возрастной группы «Долгожители», составило 342 единицы, из которых металлических штампованных - 78 единиц (22,8%), металлических литых - 96 единиц (28,1%), комбинированных металлокерамических - 162 единицы (47,4%), керамических - 6 единиц (1,7%) (Рисунок 19).

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, обратившимся в городские стоматологические поликлиники за стоматологической ортопедической помощью, было изготовлено 1410 мостовидных протезов. Общее количество мостовидных паянных протезов составило 310 единиц (22,0%), литых металлических мостовидных протезов было изготовлено 394 единицы (27,9%),

металлокерамических мостовидных протезов – 494 единицы (35,0%), керамических – 212 (15,0%).

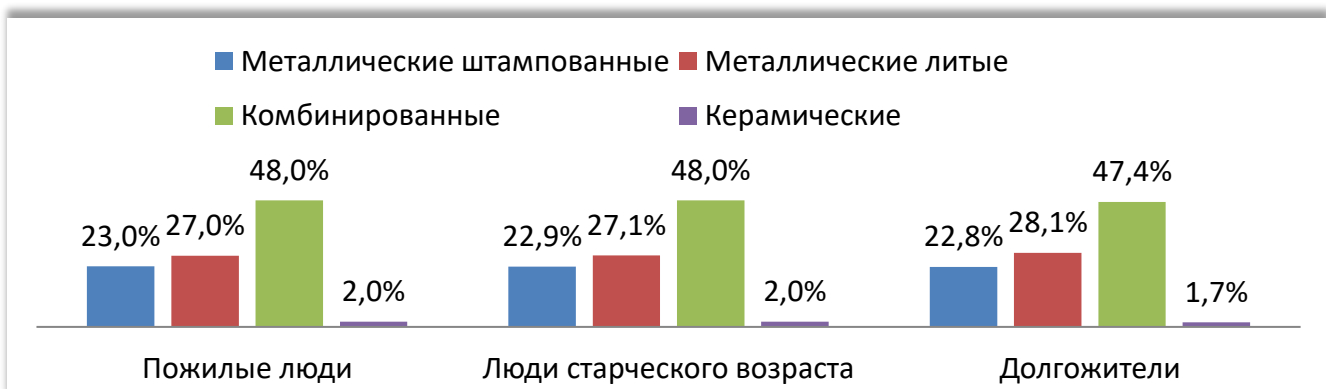


Рисунок 19 - Сравнительный анализ количества искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Общее количество мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого возраста, составило 680 единиц, из которых металлических паянных -150 единиц (22,5%), металлических литых - 190 единиц (27,7%), комбинированных металлокерамических - 238 единиц (35,0%), керамических -102 единицы (15,0%). Общее количество мостовидных протезов, изготовленных пациентам старческого возраста составило 620 штук, из которых металлических литых -136 единиц (21,9%), металлических литых - 174 единицы (28,1%), комбинированных металлокерамических - 216 единиц (34,8%), керамических - 94 единицы (15,2%).

Общее количество мостовидных протезов, изготовленных пациентам возрастной группы «Долгожители» составило 110 единиц, из которых металлических паянных - 24 единицы (21,8%), металлических литых - 30 единиц (27,3%), комбинированных металлокерамических- 40 единиц (36,4%), керамических -16 единиц (14,5%) (Рисунок 20).

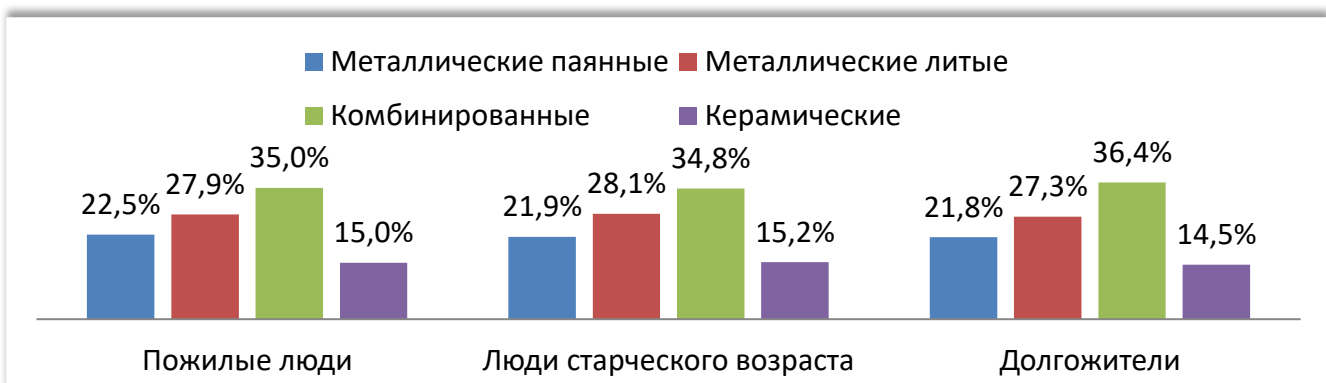


Рисунок 20 - Сравнительный анализ количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Помимо несъемных ортопедических конструкций пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, обратившимся в городские стоматологические поликлиники за стоматологической ортопедической помощью, было изготовлено 957 съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, 404 бюгельных и 720 съемных пластиночных протезов при полной потере зубов (Рисунок 21).

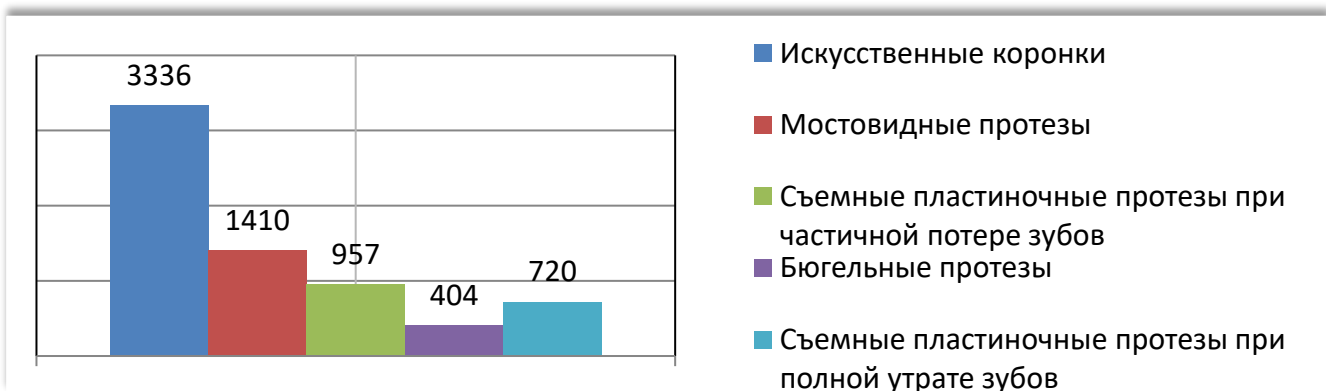


Рисунок 21 – Сравнительный анализ количества ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (абс. число)

Таким образом, проведенный анализ количества искусственных коронок и мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям показал, что выбор материала и метода изготовления этих конструкций не зависел от возраста протезируемого пациента.

Опрос пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, прошедших стоматологическую ортопедическую реабилитацию, показал, что среди лиц пожилого возраста 171 человек (41,9%) назвали вновь установленные зубопротезные конструкции эстетичными, 178 человек (37,0%) пациентов старческого возраста определили новые зубные протезы эстетичными и 45 человек (40,5%) пациентов из числа долгожителей остались довольны эстетичностью установленных им зубопротезных конструкций (Рисунок 22).

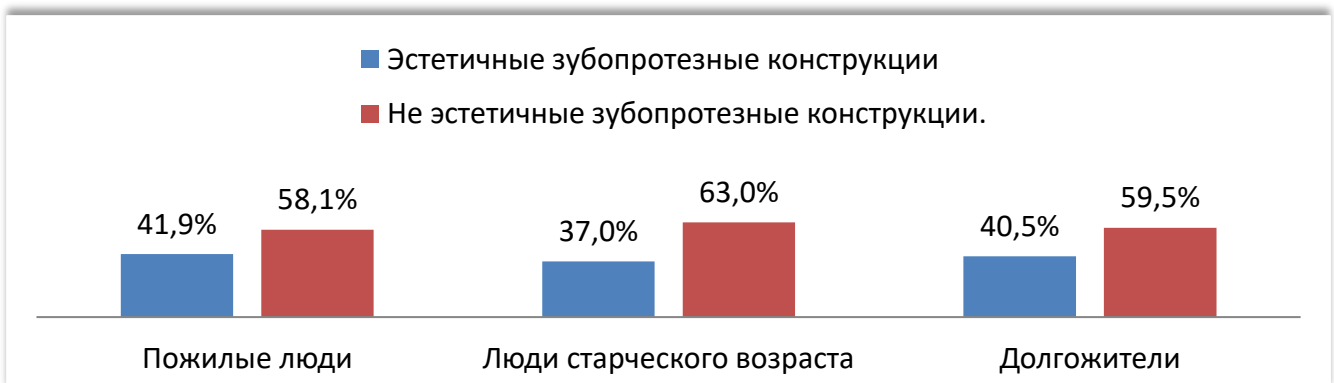


Рисунок 22 – Субъективная оценка эстетичности стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%)

Общее количество пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, удовлетворенных эстетичностью вновь установленными зубопротезными конструкциями, составило 394 человека (39,4%).

ГЛАВА 7

Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций у пациентов различных возрастных групп

Проведенный анализ удовлетворенности пациентов имеющимися у них стоматологическими ортопедическими конструкциями показал, что из 1000 человек, обратившихся в ортопедические отделения медицинских организаций стоматологического профиля за специализированной стоматологической ортопедической помощью, только 297 человек (29,7%) были частично удовлетворены имеющимися ортопедическими конструкциями, полностью не удовлетворены последними оказались 703 человека (70,3%), а пациентов, полностью удовлетворенных имеющимися протезами, не оказалось (Рисунок 23).



Рисунок 23 - Анализ удовлетворенности пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей имеющимися стоматологическими ортопедическими конструкциями; (%)

Дефекты установленных ортопедических конструкций делились на эстетические и функциональные. К эстетическим дефектам были отнесены несоответствие цвета искусственных коронок цвету естественных зубов. При оценке эстетических составляющих обращалось внимание на наличие металла в видимой

зоне улыбки, сколы керамических и пластмассовых облицовок и наличие металлических частей опорно-удерживающих элементов съемных ортопедических конструкций. К функциональным дефектам были отнесены дефекты, связанные с окклюзионной несостоятельностью ортопедических конструкций, их неудовлетворительной фиксацией и стабилизацией; отдельно оценивалась функциональная состоятельность кламмеров. Особое внимание уделяли причинам повторного обращения: имело место усугубление клинической ситуации или поломки имеющихся ортопедических конструкций.

Врачебная экспертиза ортопедических конструкций в группе лиц пожилого возраста показала, что 192 человека (47,1% от общего количества человек в изучаемой группе), имели эстетические дефекты, видимые при улыбке. Субъективное мнение пациентов подтверждало, что имеющиеся зубные протезы некрасиво выделяются при улыбке.

Отмечали подвижность конструкций во рту, мешающую при разговоре и приеме пищи, 81 пациент (19,9% от общего числа лиц этой группы). Стандартные пробы на определение качества фиксации и стабилизации протезов, проведенные на врачебном приеме, полностью это подтверждали.

Опорные и опорно-удерживающие элементы съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов в 14,7% случаев (у 60 человек) имели недостатки в виде некорректного расположения на коронке опорного зуба, частичного, не полного прилегания к коронке опорного зуба, наличия отломов и изгибов вследствие подтягивания кламмеров самим пациентом.

Имеющиеся ортопедические конструкции в момент установки мешали смыканию зубных рядов у 122 пациентов (29,9% общего количества человек в изучаемой группе), со временем это чувство несколько притуплялось за счет вынужденной окклюзии. При клиническом осмотре пациентов в большинстве случаев имела место привычная вынужденная окклюзия (Рисунок 24).

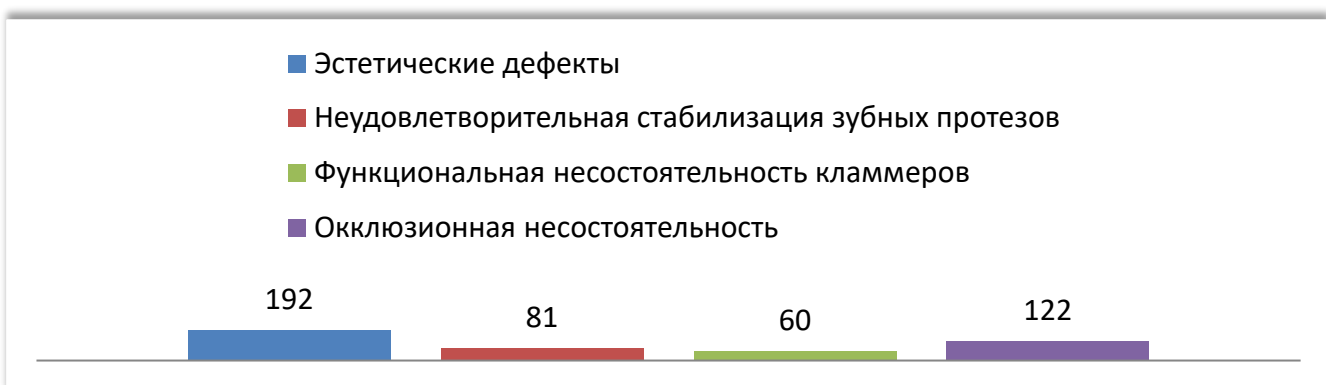


Рисунок 24 – Анализ типов дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения пациентов пожилого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (абс. число)

У 257 (63%) пациентов пожилого возраста причиной повторного обращения к врачу-ортопеду-стоматологу стало ухудшение клинической ситуации и возникшая из-за этого несостоятельность ортопедической конструкции. Для 151 пациента (37%) причиной повторного протезирования стала поломка ортопедической конструкции (Рисунок 25).

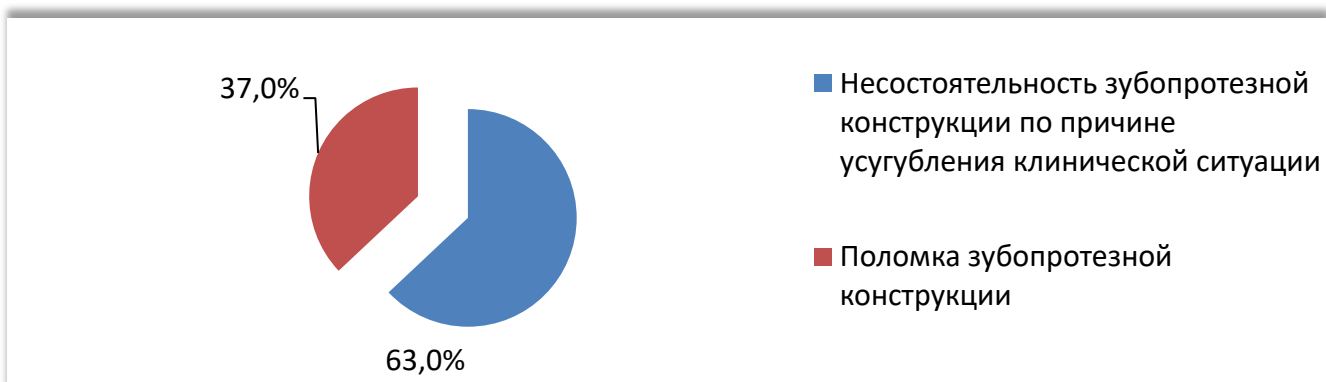


Рисунок 25 - Анализ причин повторного обращения пациентов пожилого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (%)

Профессиональная врачебная экспертиза ортопедических конструкций у лиц старческого возраста показала, что 238 пациентов (49,4% от общего количества человек в этой возрастной группе) предъявляли жалобы на эстетические дефекты, видимые при улыбке. Субъективное мнение пациентов подтверждало, что имеющиеся ортопедические протезы некрасиво выделяются при улыбке.

Отмечали подвижность ортопедических конструкций во рту, мешающую при разговоре и приеме пищи, 105 пациентов (21,8% от общего количества пациентов старческого возраста). Стандартные пробы на определение фиксации и стабилизации протезов, проведенные на врачебном приеме, полностью это подтверждали. Опорные и опорно-удерживающие элементы съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов в 13,7% случаев (у 66 человек) имели недостатки в виде некорректного расположения на коронке опорного зуба, частичного, не полного прилегания к коронке опорного зуба, наличия отломов и изгибов вследствие непрофессионального, самостоятельного подтягивания кламмеров.

Имеющиеся ортопедические конструкции в момент установки мешали смыканию зубных рядов у 144 (29,9% общего количества пациентов старческого возраста). Со временем это чувство несколько притупилось за счет вынужденной окклюзии. При стоматологическом осмотре пациентов в большинстве случаев имела место привычная вынужденная окклюзия (Рисунок 26).

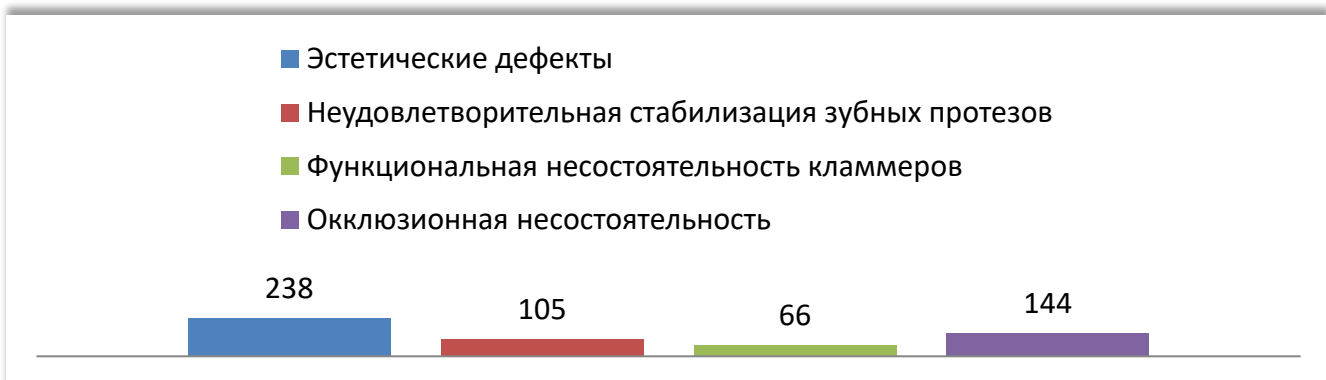


Рисунок 26 - Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения пациентов старческого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (абс. число)

Причиной повторного обращения для 279 (58,1%) пациентов старческого возраста стало ухудшение клинической ситуации и возникшая из-за этого несостоятельность ортопедической конструкции, для 202 (41,9%) пациентов

причиной повторного протезирования стала поломка ортопедической конструкции (Рисунок 27).

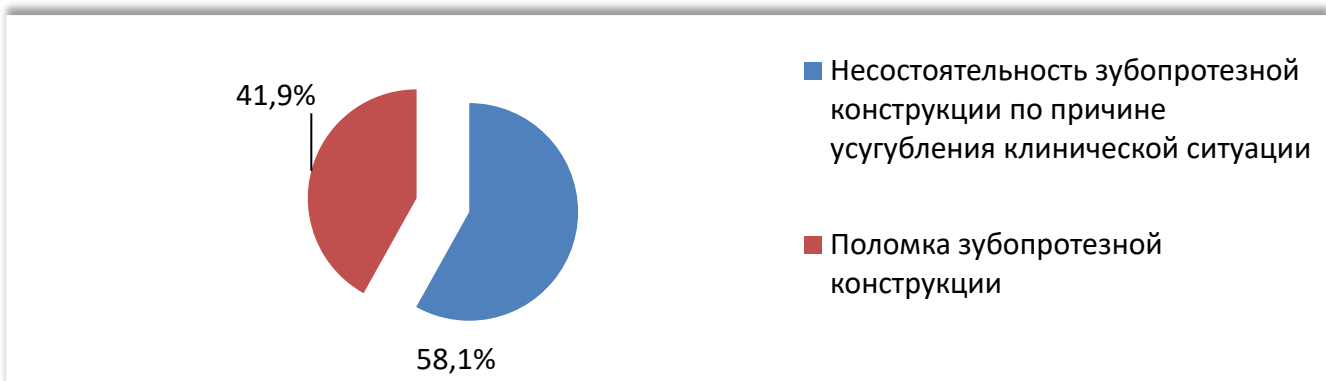


Рисунок 27 - Анализ причин повторного обращения пациентов старческого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (%)

Профессиональная врачебная экспертиза ортопедических конструкций в возрастной группе «Долгожители» показала, что 53 пациента (47,7% от общего количества лиц 90 и старше лет) имели эстетические дефекты, видимые при улыбке. Субъективное мнение пациентов подтверждало, что имеющиеся ортопедические протезы некрасиво выделяются при улыбке.

Практически каждый 4-ый пациент группы долгожителей (24,3% от их общего числа) отмечал подвижность ортопедических конструкций во рту, мешающую при разговоре и приеме пищи. Стандартные пробы на определение фиксации и стабилизации протезов, проведенные на врачебном приеме, полностью это подтверждали. Опорные и опорно-удерживающие элементы съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов в 10,8% случаев (12 пациентов) имели недостатки в виде некорректного расположения на коронке опорного зуба, частичного, не полного прилегания к коронке опорного зуба, наличия отломов и изгибов вследствие непрофессионального, самостоятельного подтягивания кламмеров.

Имеющиеся ортопедические конструкции в момент установки мешали смыканию зубных рядов у 39 пациентов старше 90 лет (35,1% общего количества лиц

в группе долгожителей). Со временем это чувство несколько притуплялось за счет вынужденной окклюзии. При клиническом осмотре пациентов в большинстве случаев имела место привычная вынужденная окклюзия (Рисунок 28).

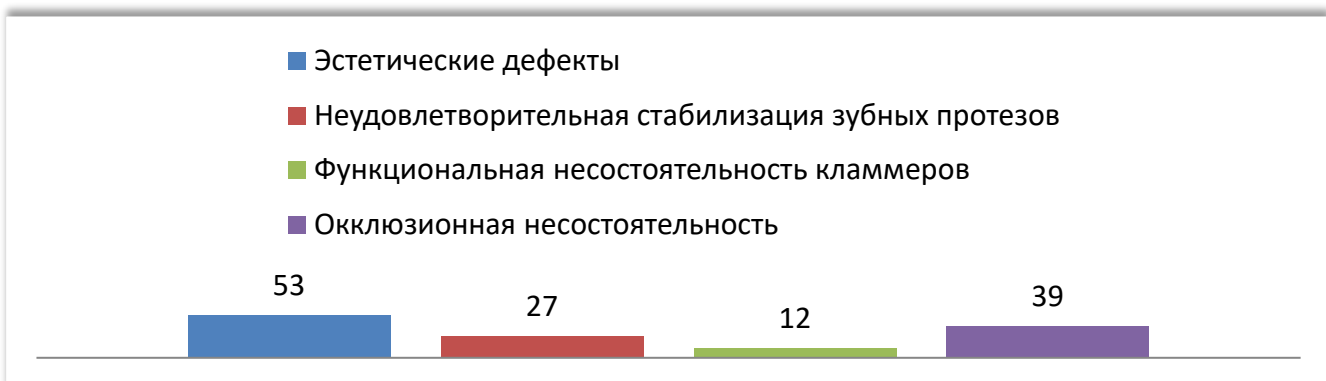


Рисунок 28 - Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения долгожителей за ортопедической стоматологической помощью; (абс. число)

Причиной повторного обращения 67 пациентов в возрасте 90 и старше лет (60,4%) стало ухудшение клинической ситуации и возникающая из-за этого несостоятельность стоматологической ортопедической конструкции. Для 44 пациентов (39,6%) причиной повторного протезирования стала поломка стоматологической ортопедической конструкции (Рисунок 29).



Рисунок 29 - Анализ причин повторного обращения долгожителей за ортопедической стоматологической помощью; (%)

Сравнительный анализ характера выявляемых типов дефектов стоматологических ортопедических конструкций, послуживших причиной

повторного обращения за ортопедической стоматологической помощью, не выявил существенных различий у пациентов сравниваемых возрастных групп (Рисунок 30).

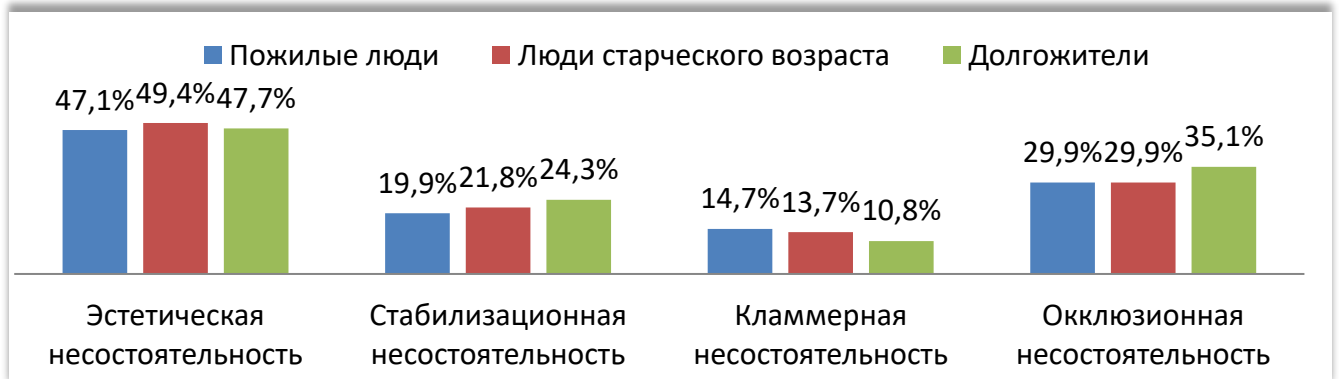


Рисунок 30 - Сравнительный анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, имеющих у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, ставших причиной для повторного обращения за стоматологической ортопедической помощью; (%)

Таким образом, некоторое нарастание количества факторов, обуславливающих эстетическую несостоятельность зубопротезирования у лиц старческого возраста можно объяснить показателями структуры стоматологической заболеваемости, которая свидетельствует о том, что наибольшее количество зубов, нуждающихся в лечении и установке защитных коронок, а также пригодных в качестве опоры мостовидного протеза приходится на группу старческого возраста, а сам критерий «эстетическая состоятельность» чаще применяем для оценки несъемных ортопедических конструкций, максимальное количество которых приходится на возрастную группу старческого возраста.

Критерий оценки стабилизации зубного протеза, в целом, и кламмерной состоятельности, в частности, преимущественно применим для оценки съемных ортопедических конструкций.

Тенденцию к увеличению с возрастом (от пожилого до возраста долгожителей) количественных показателей, характеризующих стабилизационную несостоятельность конструкции зубного протеза, можно объяснить показателями

структуры стоматологической заболеваемости, согласно которым максимальное количество концевых дефектов (двухсторонних и односторонних) выявлено у пациентов-долгожителей, чуть меньше - в возрастной группе старческого возраста и минимальное количество в группе пожилых пациентов. Важно отметить, что у лиц группы долгожителей преобладают съемные протезы при полной потере зубов, не имеющие дополнительных кламмерных элементов фиксации, в то время как у лиц старческого возраста больше съемных протезов при частичной потере зубов с удерживающими опорно-удерживающими кламмерами, чем и объясняется обратная тенденция к уменьшению показателей, характеризующих кламмерную несостоятельность от группы пожилых пациентов к группе «Долгожители».

Проблемы с окклюзией были выявлены в 29,9% случаев у пожилых пациентов и лиц старческого возраста и в 35% наблюдений у долгожителей, что исключительно связано с погрешностями в работе врачей-стоматологов-ортопедов и зубных техников на различных этапах изготовления зубопротезных конструкций. Некоторую тенденцию к нарастанию проблем окклюзии у пациентов группы «Долгожители» можно объяснить сложностями в определении центрального соотношения беззубых челюстей и погрешностями в постановке зубов в съемных пластиночных протезах при полном отсутствии зубов.

Анализ причин обращения пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей за повторной стоматологической ортопедической помощью показал, что в преобладающем большинстве случаев во всех возрастных группах мотивом для обращения стало ухудшение клинической ситуации, повлекшее за собой несостоятельность имеющихся ортопедических стоматологических конструкций. В меньшей степени причинами обращения становились поломки протезов, вероятно, в результате ошибок в планировании лечения и нарушения технологического режима изготовления.

ГЛАВА 8

Сравнительный анализ социальных показателей жизни,
влияющих на выбор стоматологических ортопедических конструкций пациентами
различных возрастных групп

*8.1. Сравнительный анализ социальных показателей жизни, характерных для
пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей*

Гармоничное существование человека в обществе возможно лишь при сочетании многих социальных факторов. Большое значение имеет вид трудовой деятельности и уровень доходов от нее и характер образования, позволяющий ее осуществлять. Свободное от работы время может быть заполнено заботами о семье и любимыми увлечениями. В связи с этим в социальную анкету были внесены вопросы, анализирующие вид трудовой деятельности, характер образования, семейное положение, уровень доходов и вопрос о свободном времяпровождении.

На основании социальной анкеты, приведенной в Приложении 3, была получена социальная характеристика пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью. Среднее образование имели 200 человек, что составило 20% от общего количества пациентов. Среднее профессиональное образование имели 420 человек (42% от общего количества пациентов). Высшее образование было у 380 человек (38% от общего количества пациентов) (Рисунок 31).

По роду деятельности все пациенты пожилого и старческого возраста были поделены на пенсионеров, продолжающих трудовую деятельность - 850 человек (85%) и не работающих пенсионеров - 150 человек (15%) (Рисунок 32).

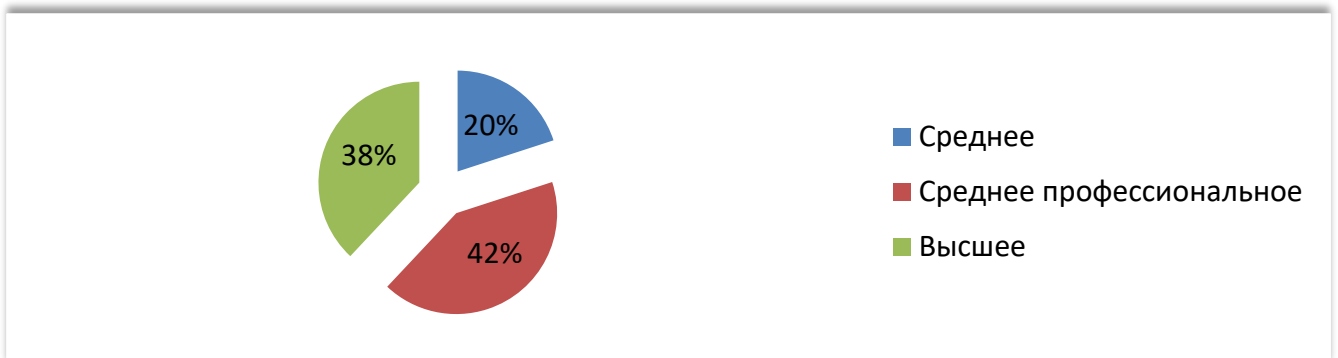


Рисунок 31 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по полученному образованию; (%)

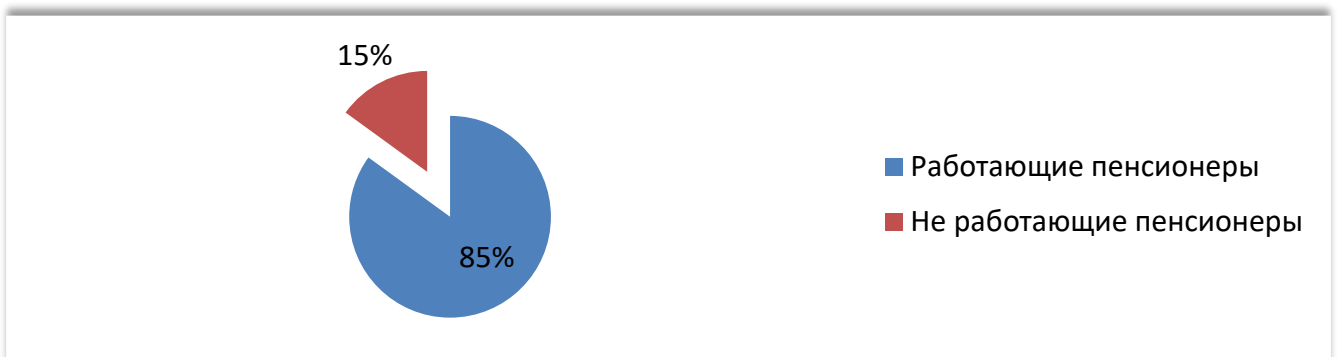


Рисунок 32 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по роду деятельности; (%)

По семейному положению пациенты пожилого и старческого возраста были распределены на людей, проживающих в семьях - 634 человека (63,4%) и проживающих вне семей - 366 человек (36,6%) (Рисунок 33).

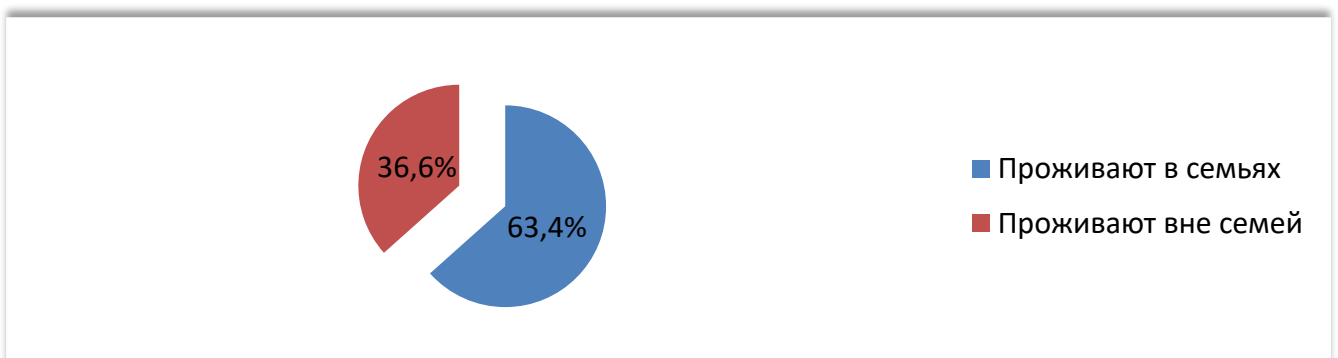


Рисунок 33 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по семейному положению; (%)

По уровню среднемесячного дохода, согласно собственному мнению, пациенты пожилого, старческого возраста и долгожители были поделены на группы с низким доходом - 264 человека (26,4%), средним - 673 человека (67,3%) и высоким среднемесячным доходом - 63 человека (6,3%) (Рисунок 34).

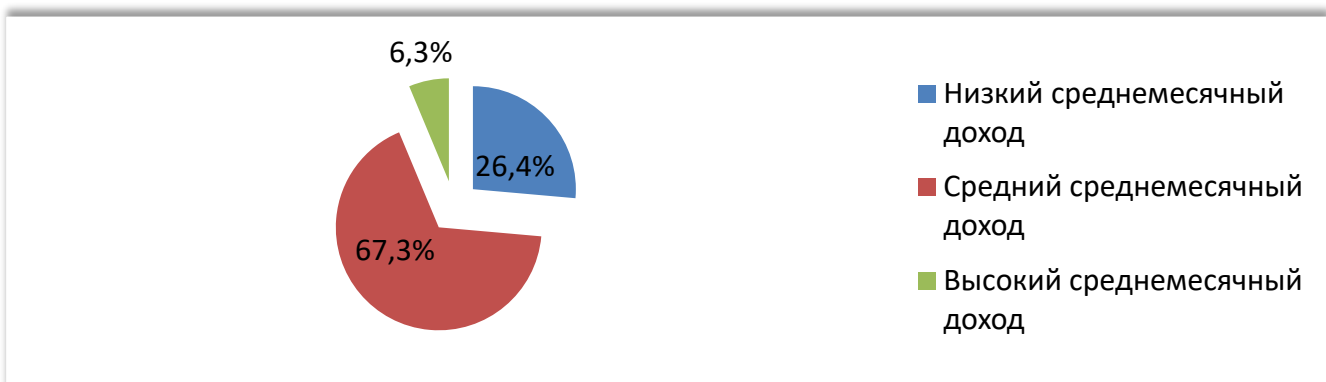


Рисунок 34 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по среднемесячному доходу; (%)

Активный образ жизни, наполненный прогулками на свежем воздухе и работой на приусадебном участке, вели 726 человек (72,6%). Пассивный образ жизни, сложившийся по тем или иным причинам, вынуждены были вести 274 человека (27,4%) (Рисунок 35).

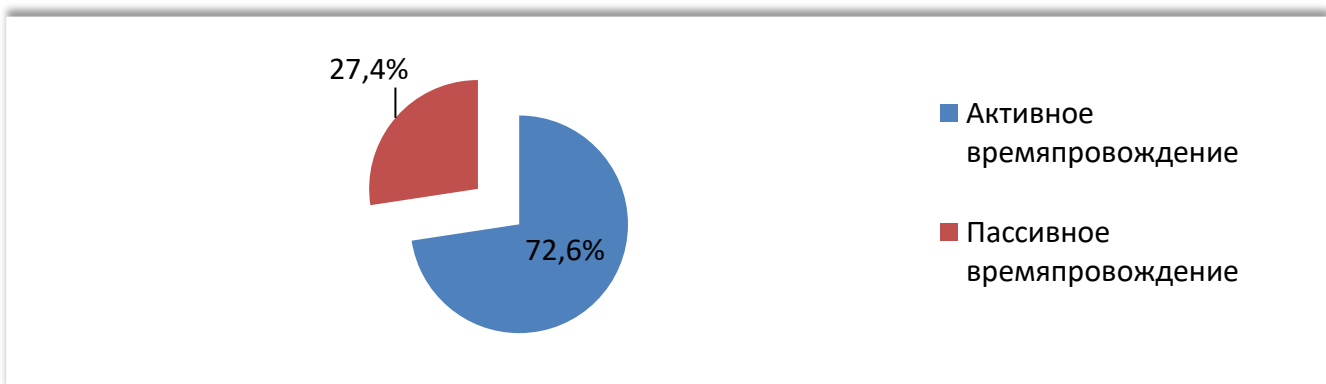


Рисунок 35 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей соответственно образу жизни; (%)

8.2. Анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям с различными социальными характеристиками

Подробный анализ социальной анкеты позволил поделить всех пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся в медицинские организации стоматологического профиля за стоматологической ортопедической помощью, на три группы.

Первую группу сформировали пожилые люди в количестве 264 человек (26,4%), уровень среднемесячного дохода которых был самостоятельно определен ими как низкий. Большинство из них 132 человека (50,0%) имели среднее образование, 111 человек (42,0%) имели среднее профессиональное образование и 21 человек (8,0%) имели высшее образование (Рисунок 36).

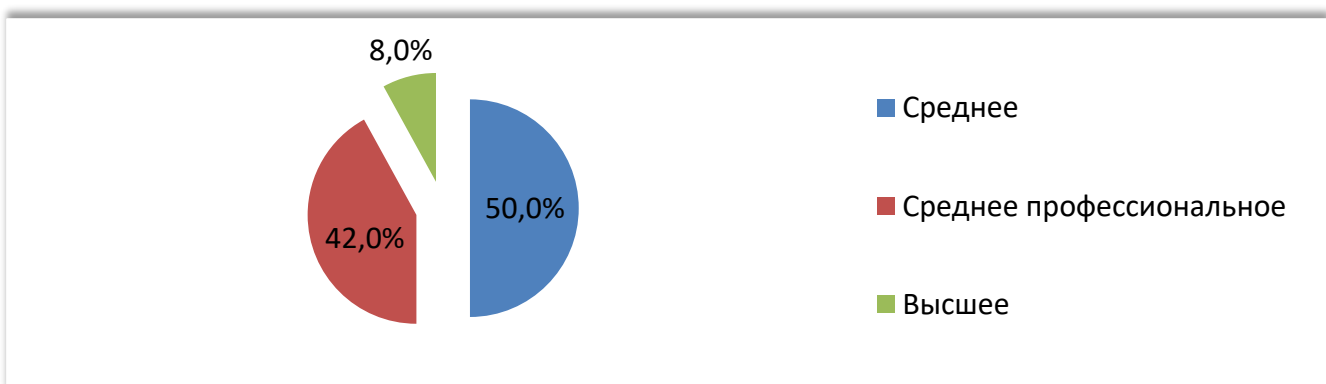


Рисунок 36 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по образованию; (%)

По роду занятий 235 человек (89,0%) из них были неработающими пенсионерами и 29 человек (11,0%) работали и получали пенсию (Рисунок 37).

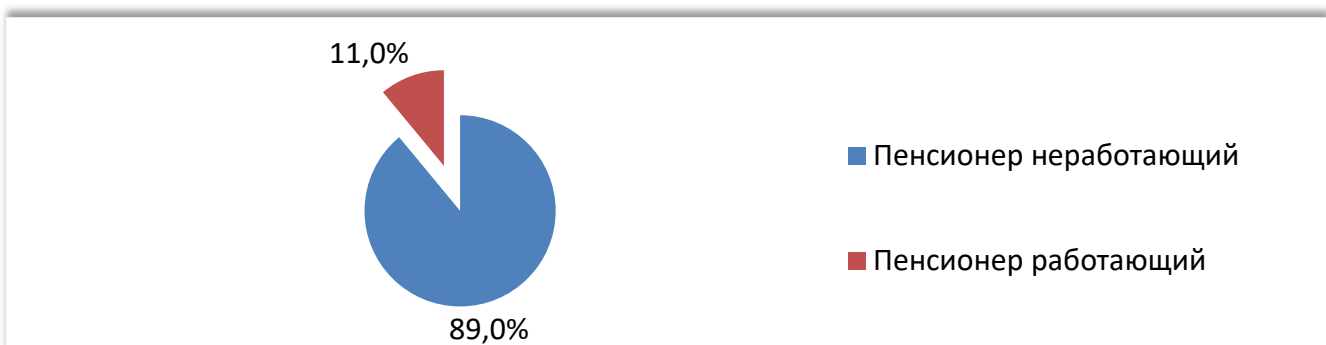


Рисунок 37 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%)

Проживали в семье 71 человек (26,9%), большинство – 193 человека (73,1%) проживали одиноко, вне семьи (Рисунок 38).

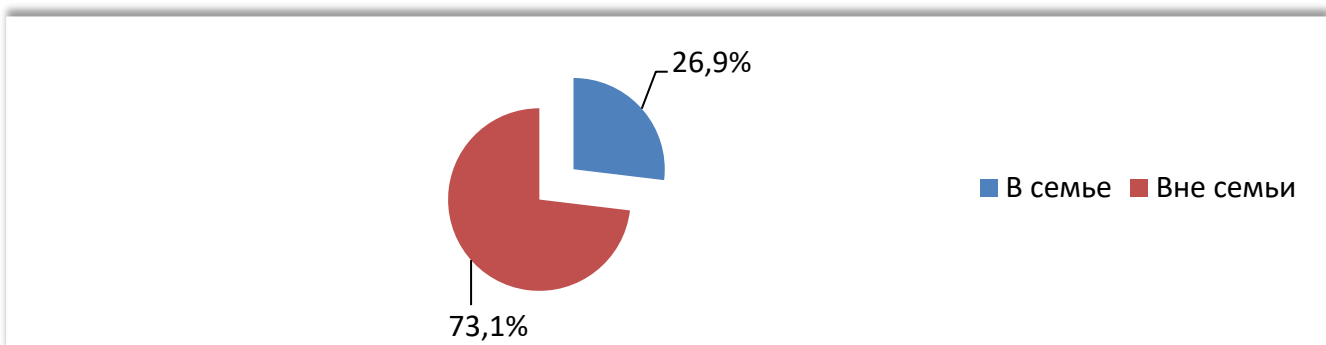


Рисунок 38 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по семейному положению; (%)

Активный образ жизни вели 158 человек (59,8%) и 106 человек (40,2%) выбрали пассивное времяпровождение (Рисунок 39).

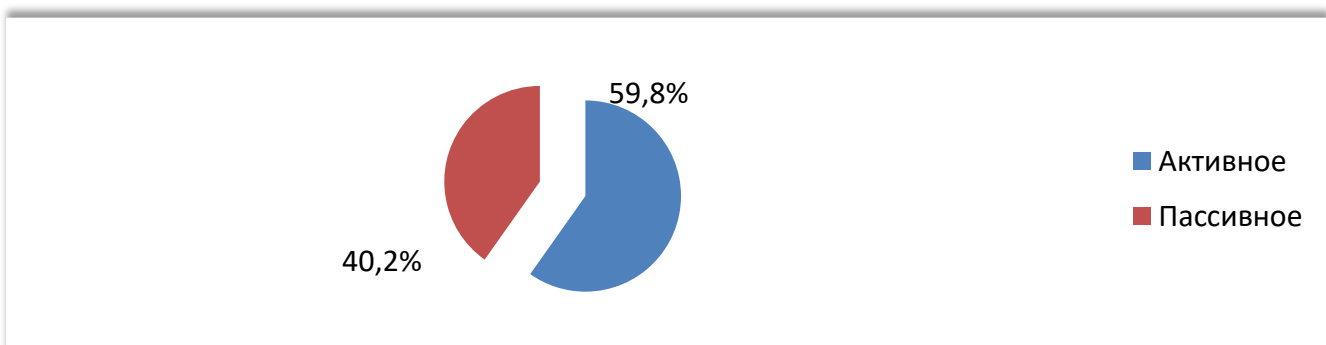


Рисунок 39 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом соответственно образу жизни; (%)

При анализе медицинской стоматологической документации была выявлена закономерность, что пациентам с низким уровнем среднемесячного дохода было изготовлено 1809 зубопротезных конструкций, в т.ч. коронок искусственных 787 единиц, мостовидных протезов 370 единиц, съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов 459 единиц и съемных протезов при полной потере зубов 193 единицы.

Структурный анализ зубопротезных конструкций, установленных пациентам этой группы, показал, что коронок искусственных металлических штампованных зафиксировано 536 единиц (70% от общего количества коронок искусственных металлических штампованных), коронок металлических литых – 91 единица (10%), коронок комбинированных металлокерамических – 160 единиц (10%) (Рисунок 40).

Протезов мостовидных металлических паянных изготовлено 279 единиц, (90%), протезов мостовидных металлических литых – 32 единицы (8%), протезов мостовидных комбинированных металлокерамических – 59 единиц (12%) (Рисунок 41).



Рисунок 40 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число)



Рисунок 41 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число)

Протезов съемных пластиночных при частичной потере зубов изготовлено 459 единиц, (48%), при полной потере зубов 193 единицы (26,8%) (Рисунок 42).



Рисунок 42 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число)

Вторую группу сформировали пожилые люди со средним уровнем среднемесячного дохода в количестве 673 человек (67,3%). Большинство из них - 471 человек (69,9%) имели среднее профессиональное образование, 135 человек (20,1%) - среднее образование и 67 человек (10,0%) - высшее образование (Рисунок 43). Соответственно критерию “Род занятий” 525 человек (78,0%) были неработающими пенсионерами и 148 человек (22,0%) работали и получали пенсию (Рисунок 44).

Большинство из них - 431 человек (64,0%) проживали в семье, 242 человека (36,0%) проживали одиноко, вне семьи (Рисунок 45).

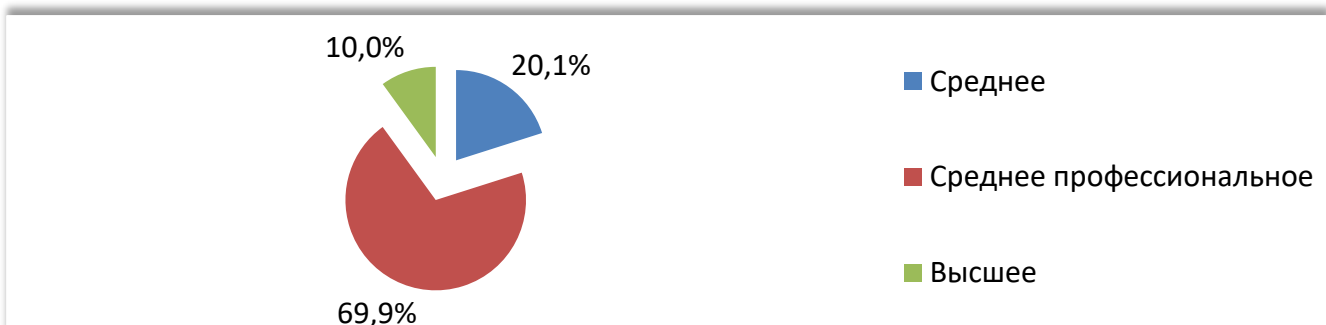


Рисунок 43 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по образованию; (%)

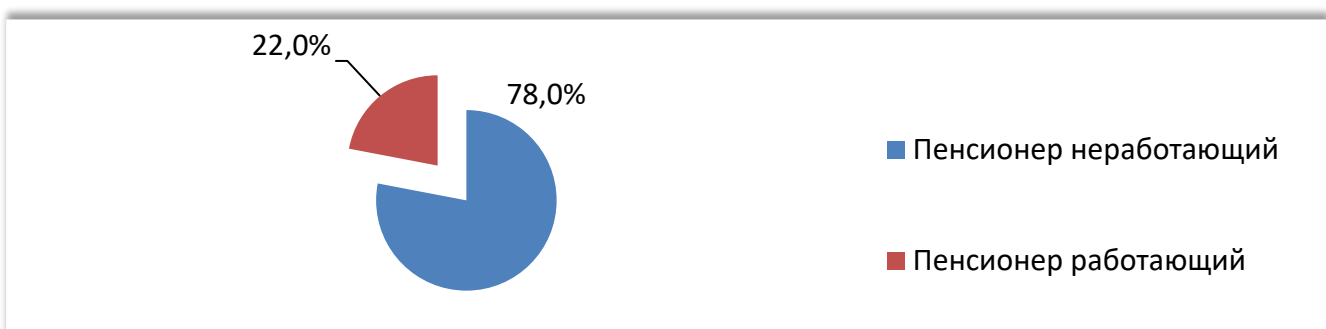


Рисунок 44 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%)

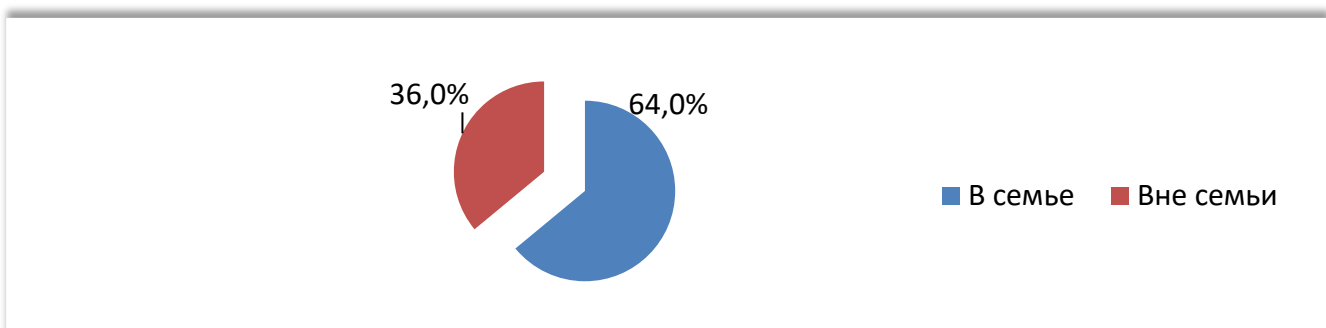


Рисунок 45 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по семейному положению; (%)

Активный образ жизни вел 471 человек (70,0%) и 202 человека (30,0%) выбрали пассивное времяпровождение (Рисунок 46).

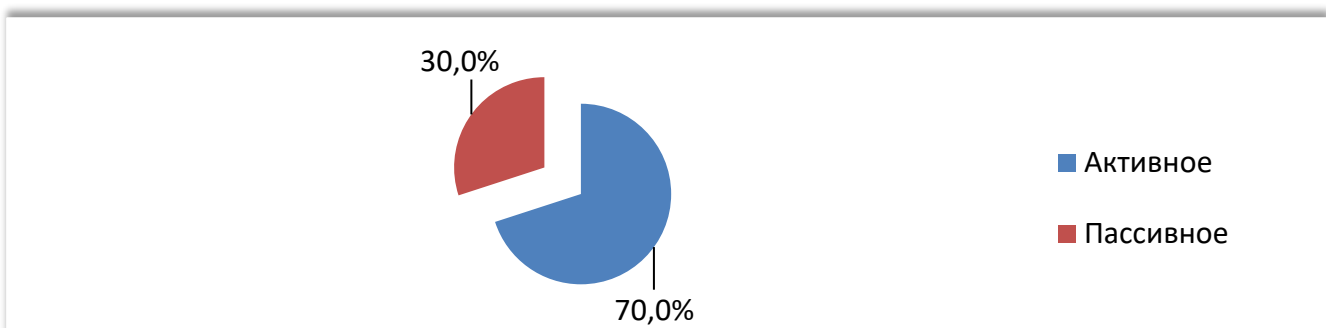


Рисунок 46 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по образу жизни; (%)

В ходе анализа медицинской стоматологической документации этих пациентов были отмечены следующие данные: этим пациентам было изготовлено 3388 ортопедических зубопротезных конструкций, в том числе коронок искусственных - 1783 единицы, протезов мостовидных - 683 единицы, съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов - 383 единицы, протезов бюгельных - 121 единица, протезов съемных при полной потере зубов - 418 единиц. Структурный анализ ортопедических зубопротезных конструкций, установленных пациентам этой группы, показал, что коронок искусственных металлических штампованных было установлено 225 единиц (29,5%), коронок металлических литых - 661 единица (73,0%), коронок комбинированных металлокерамических - 895 единиц (56,0%), коронок искусственных керамических - 1 единица (1,5%) (Рисунок 47).



Рисунок 47 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.)

У лиц со средним ежемесячным доходом протезов мостовидных металлических паянных изготовлена 31 единица, (10,0%), протезов мостовидных металлических литых – 311 единиц (79,0%), протезов мостовидных комбинированных металлокерамических – 336 единиц (68,0%), протезов керамических – 5 единиц (2,4%) (Рисунок 48).

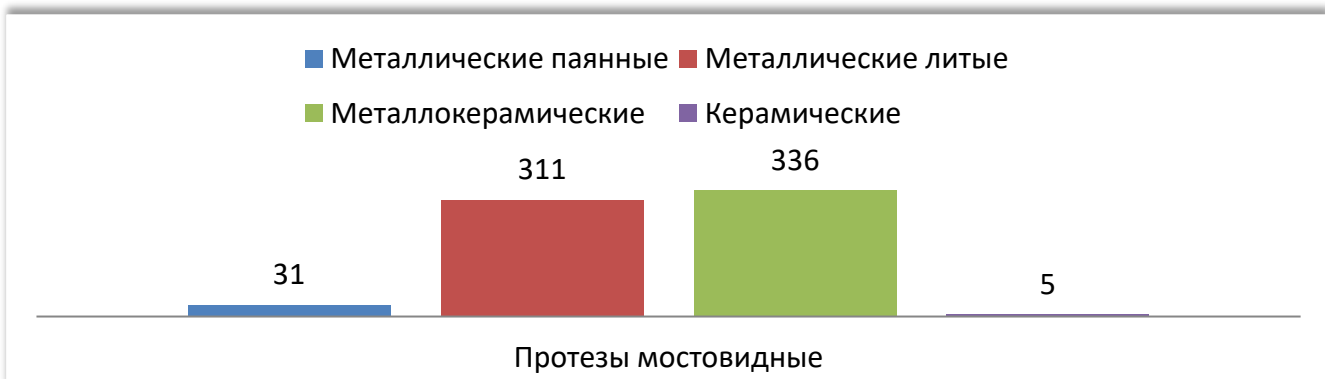


Рисунок 48 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.)

У лиц со средним ежемесячным доходом протезов съемных пластиночных при частичной потере зубов 383 единицы, (40,0%), протезов бюгельных – 121 единица (30,0%), протезов полных съемных - 418 единиц (58,0%) (Рисунок 49).

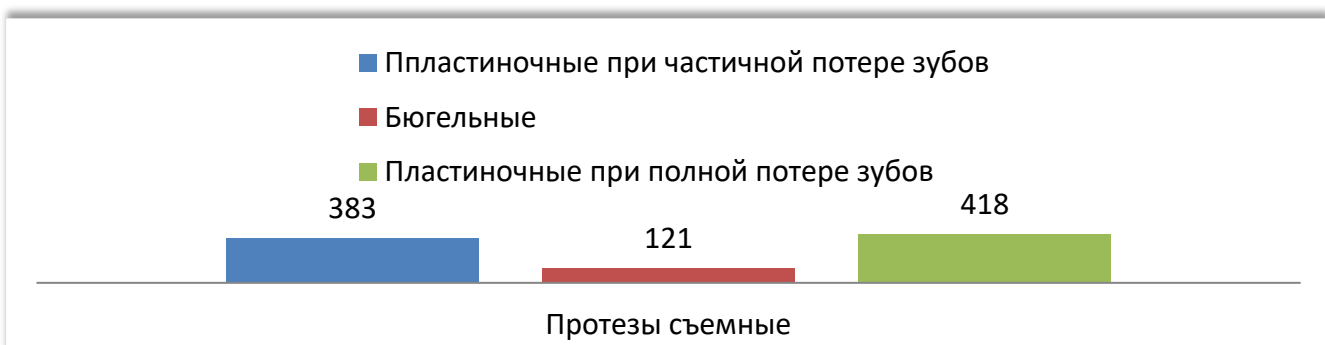


Рисунок 49 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.)

Третью группу сформировали пожилые люди с высоким среднемесячным доходом в количестве 63 человека (6,3%). Большинство из них 42 человека (67,0%) имели среднее профессиональное образование, 2 человека (3,0%) имели среднее образование и 19 человек (30,0%) имели высшее образование (Рисунок 50).

По роду занятий 55 человек (88,0%) были неработающими пенсионерами и 8 человек (12,0%) работали и получали пенсию (Рисунок 51). Большинство из них – 57 человек (90,0%) проживали в семье, 6 человек (10,0%) проживали одиноко, вне семьи (Рисунок 52).

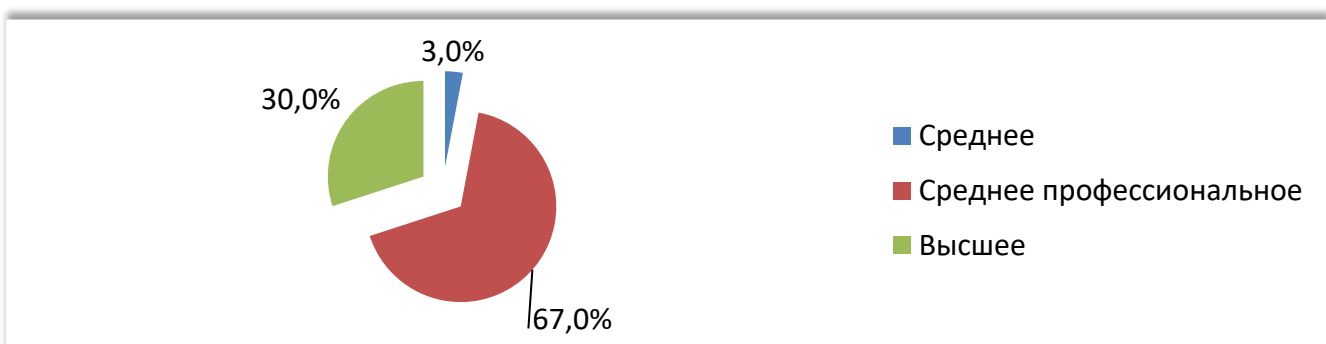


Рисунок 50 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по образованию; (%)

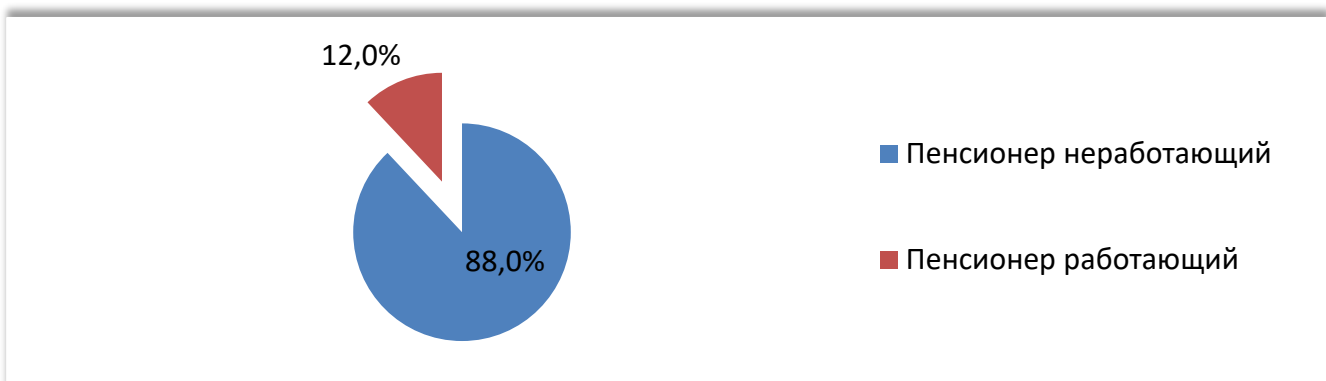


Рисунок 51 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%)

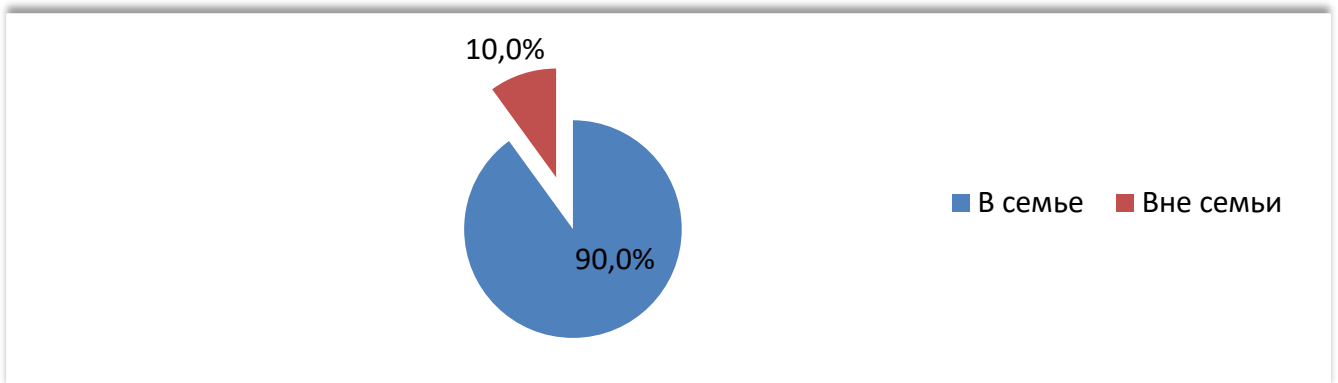


Рисунок 52 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по семейному положению; (%)

Активный образ жизни вели 55 человек (88,0%) и 8 человек (12,0%) выбрали пассивное времяпровождение (Рисунок 53).

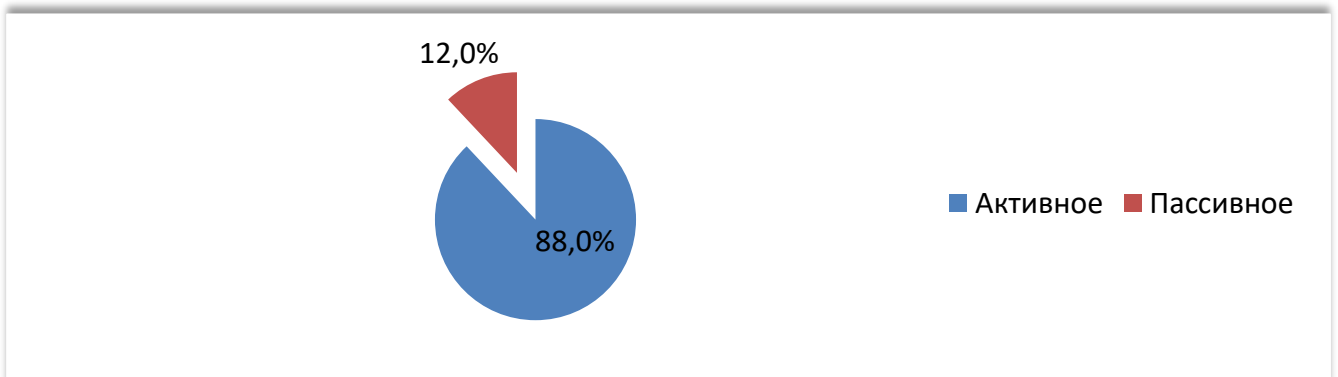


Рисунок 53 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом соответственно образу жизни; (%)

При анализе медицинской документации стоматологического пациента были отмечены следующие данные: пациентам этой социальной группы было изготовлено 1631 ортопедических зубопротезных конструкций, в т.ч. коронок искусственных - 767 единиц, протезов мостовидных - 357 единиц, протезов съемных пластиночных при частичной потере зубов - 115 единиц, протезов бюгельных – 283 единицы и протезов съемных пластиночных при полной потере зубов - 109 единиц.

Структурный анализ ортопедических зубопротезных конструкций, установленных пациентам этой социальной группы, показал, что коронок искусственных металлических штампованных было установлено 4 единицы (0,5%),

коронки металлических литых – 154 единицы (17,0%), коронки комбинированных металлокерамических – 544 единицы (34,0%), коронки искусственных керамических – 65 единиц (98,5%) (Рисунок 54).

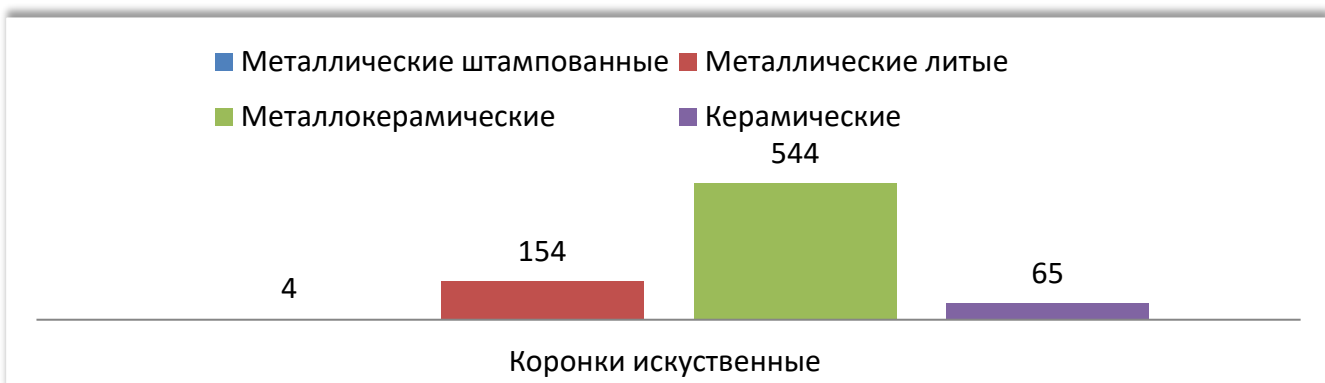


Рисунок 54 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (%)

Лицам этой социальной группы протезы мостовидные металлические паянные не изготавливались, протезов мостовидных металлических литых изготовлена 51 единица (13,0%), протезов мостовидных комбинированных металлокерамических – 99 единиц (20,0%), протезов керамических – 207 единиц (97,8%) (Рисунок 55).



Рисунок 55 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (%)

Пациентам с высоким среднемесячным доходом было установлено съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов 115 единиц (12,0%), протезов бюгельных – 283 единицы (70,0%), протезов съемных пластиночных при полной потере зубов установлено 109 единиц (15,2%) (Рисунок 56).

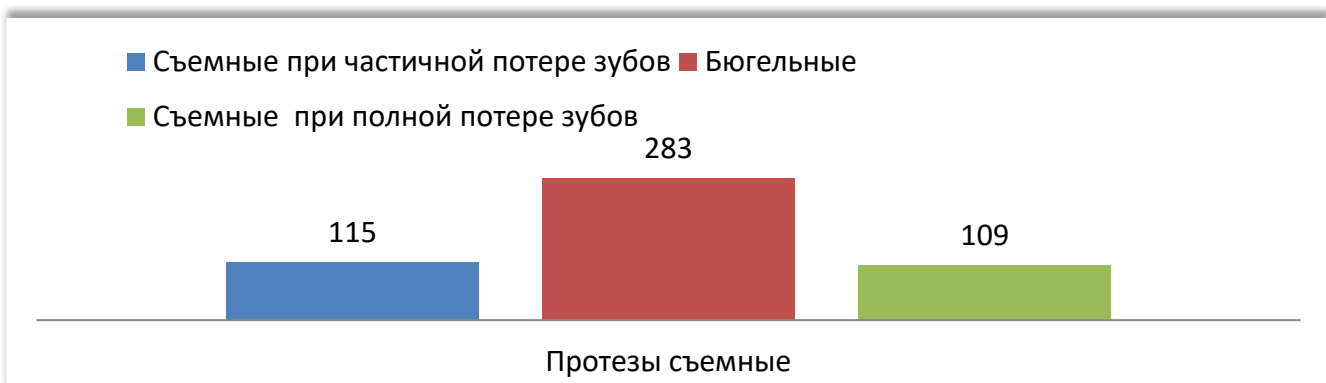


Рисунок 56 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (ед.)

8.3. Сравнительный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям в зависимости от уровня ежемесячного дохода

Подробный анализ ортопедических зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, обратившимся в медицинские организации стоматологического профиля, выявил следующие данные: всего пациентам было изготовлено 765 коронок искусственных металлических штампованных, при этом 536 коронок (70%) установлено пациентам с низким уровнем ежемесячного дохода (первая социальная группа), уровень доходов, 225 коронок (29,5%) - пациентам второй социальной группы со средним уровнем ежемесячного дохода, 4 коронки (0,5%) установлено пожилым людям третьей социальной группы с высоким уровнем ежемесячного дохода (Рисунок 57).



Рисунок 57 - Анализ удельного веса металлических штампованных коронок (N=765 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 906 коронок искусственных металлических литых, из них 91 коронка (10%) пациентам первой социальной группы, 661 коронка (73,0%) – пациентам второй социальной группы и 154 коронки (17,0%) пожилым людям третьей социальной группы с высоким уровнем ежемесячного дохода (Рисунок 58).



Рисунок 58 - Анализ удельного веса металлических литых коронок (N=906 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и зафиксировано 1599 коронок искусственных комбинированных металлокерамических, из них 160 коронок (10%) - пациентам первой социальной группы, 895 коронок (56,0%) – пациентам второй социальной группы и 544 коронки (34,0%) – пожилым людям с высоким уровнем ежемесячного дохода (Рисунок 59).



Рисунок 59 - Анализ удельного веса комбинированных металлокерамических коронок (N=1599 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и зафиксировано 66 искусственных керамических коронок, при этом пациентам первой социальной группы керамические коронки не изготавливались, 1 керамическая коронка (1,5%) зафиксирована пациентам второй социальной группы и 65 коронок (98,5%) – пациентам третьей социальной группы с высоким уровнем доходов (Рисунок 60).



Рисунок 60 - Анализ удельного веса керамических коронок (N=66 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 310 мостовидных металлических паянных протезов, при этом пациентам первой социальной группы установлено 279 единиц (90,0%), 31 протез (10,0%) – пациентам второй социальной группы и ни одного протеза пациентам третьей социальной группы (Рисунок 61).



Рисунок 61 - Анализ удельного веса мостовидных металлических паянных протезов (N=310 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 394 протеза мостовидных металлических литых, при этом пациентам первой социальной установлено 32 протеза (8,0%), 311 протезов (79,0%) - пациентам второй социальной группы и 51 протез (13,0%) - пациентам третьей социальной группы (Рисунок 62).

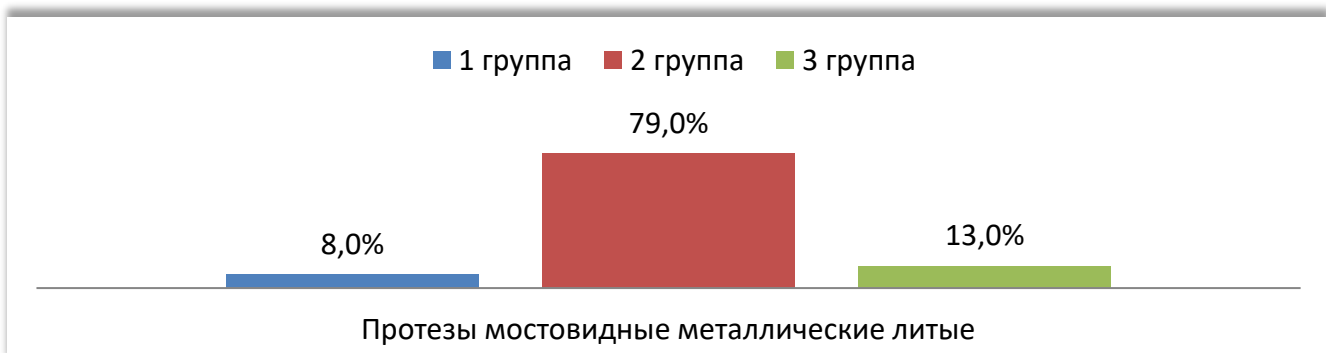


Рисунок 62 - Анализ удельного веса мостовидных металлических литых протезов (N=394 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 494 комбинированных металлокерамических мостовидных протезов, при этом пациентам первой социальной группы установлено 59 единиц (12,0%), 336 протезов (68,0%) – пациентам второй социальной группы и 99 протезов (20,0%) – пациентам третьей социальной группы с высоким уровнем доходов (Рисунок 63).



Рисунок 63 - Анализ удельного веса мостовидных металлокерамических протезов (N=494 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 66 мостовидных керамических протезов. Пациентам первой социальной группы они не изготавливались. В то же время 5 протезов (2,4%) установлены пациентам второй социальной группы и 207 протезов (97,6%) - пациентам третьей социальной группы с высоким уровнем ежемесячного дохода (Рисунок 64).



Рисунок 64 - Анализ удельного веса мостовидных керамических протезов (N=66 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

В части съемного протезирования пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и наложено 957 съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, из них пациентам первой социальной группы установлено 459 единиц (48,0%), 383 протеза (40,0%) – пациентам второй социальной группы и 115

протезов (12,0%) – пациентам третьей социальной группы с высокими доходами (Рисунок 65).



Рисунок 65 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов (N=957 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 404 бюгельных протеза, при этом пациентам первой социальной группы такие протезы не изготавливались, 121 протез (30,0%) установлен пациентам второй социальной группы и 283 протеза (70,0%) – пациентам третьей социальной группы (Рисунок 66).

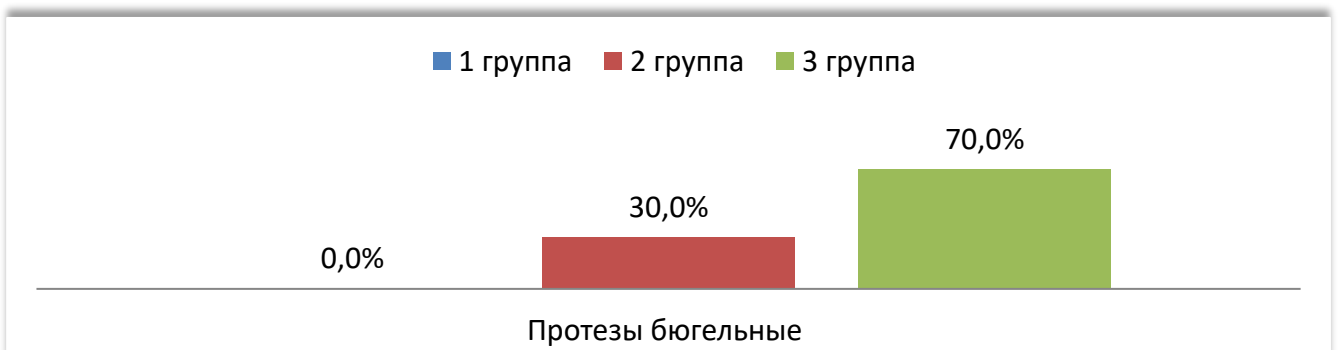


Рисунок 66 - Анализ удельного веса бюгельных протезов (N=404 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 720 съемных пластиночных протезов при полной потере зубов, в т.ч. пациентам первой социальной группы полных - 193 единицы (26,8%), 418 протезов

(58,0%) пациентам второй социальной группы и 109 протезов (15,2%) – пациентам третьей социальной группы (Рисунок 67, Рисунок 68).

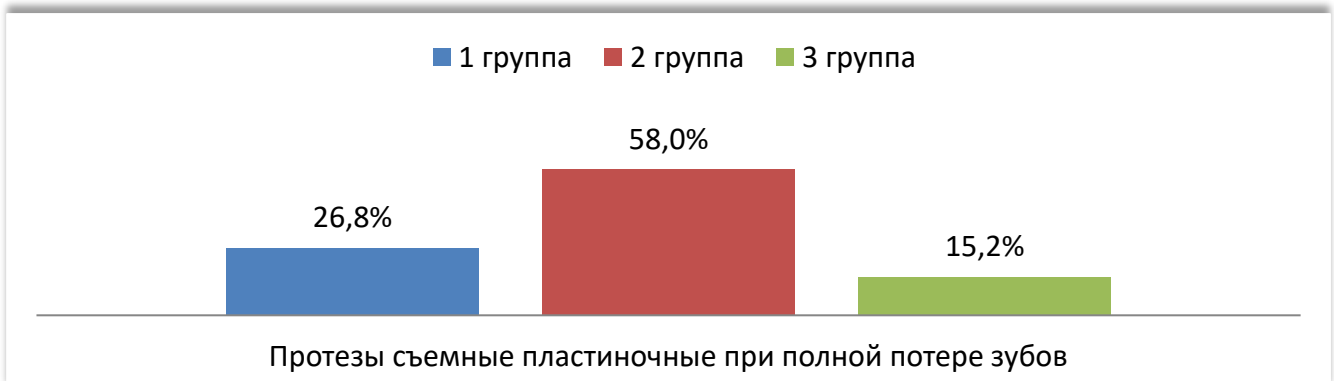


Рисунок 67 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при полной потере зубов (N=720 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

Таким образом, проведенный анализ ортопедических зубопротезных конструкций, изготовленных и установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, показал, что выбор материала и способа изготовления во многом определяется таким важным социальным фактором, как среднемесячный доход. Это, в свою очередь, во многом зависело от трудовой занятости, приносящей доход, и возможности получения дополнительной финансовой поддержки от членов семьи, в которой проживал пациент

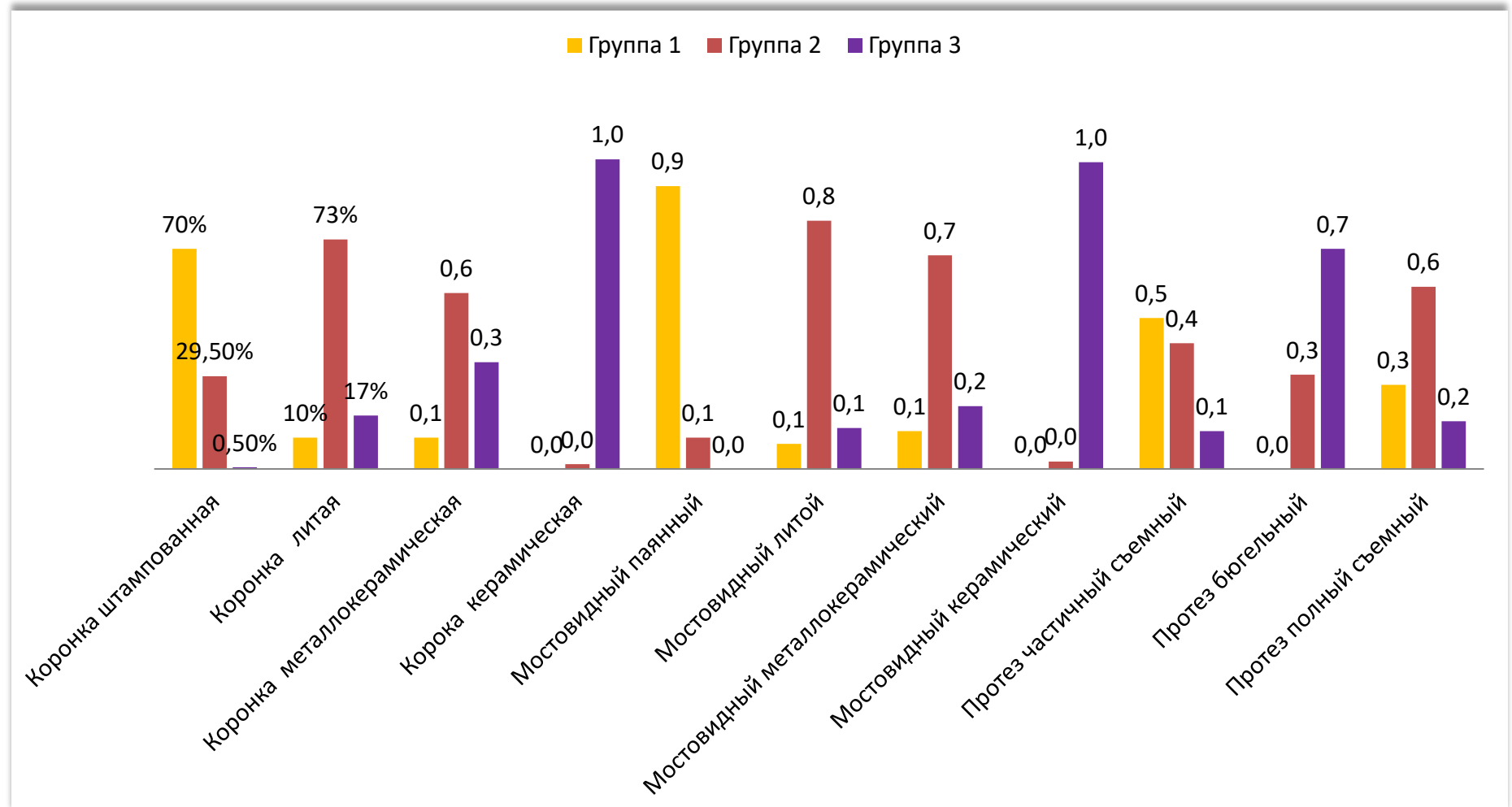


Рисунок 68 - Анализ удельного веса ортопедических конструкций (N=6827ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%)

ГЛАВА 9

Результаты оценки стоматологических составляющих качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в динамике наблюдения

9.1. Анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до стоматологического ортопедического лечения

На заключительном этапе комплексного исследования был проведен анализ влияния стоматологических заболеваний стоматологического ортопедического профиля на качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за квалифицированной стоматологической помощью в отделения ортопедической стоматологии в медицинские стоматологические организации. Структура и частота ответов на 14 вопросов, отражающих субъективные ощущения пациентов по группе наблюдения в целом представлена на рисунке 69.

В определенной степени частота выявления предлагаемых в опроснике критериев самооценки (никогда, почти никогда, обычно, часто, очень часто) может отражать чувствительность формулируемых вопросов для оценки степени скомпроментированности стоматологического здоровья у пациента ортопедического профиля. Так, самыми распространенными ответами у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей на вопросы опросника ОНП-14-RU до стоматологического ортопедического лечения были ответы «очень часто» - 4810 ответов (34,36%), ответы «редко» были получены в 2271 случаях (16,22%), ответы «обычно» в 5328 случаях (38,06%), ответы «почти никогда» в 899 (6,42%) и ответы «никогда» в 692 случаях (4,94%).

Стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU до начала ортопедического лечения

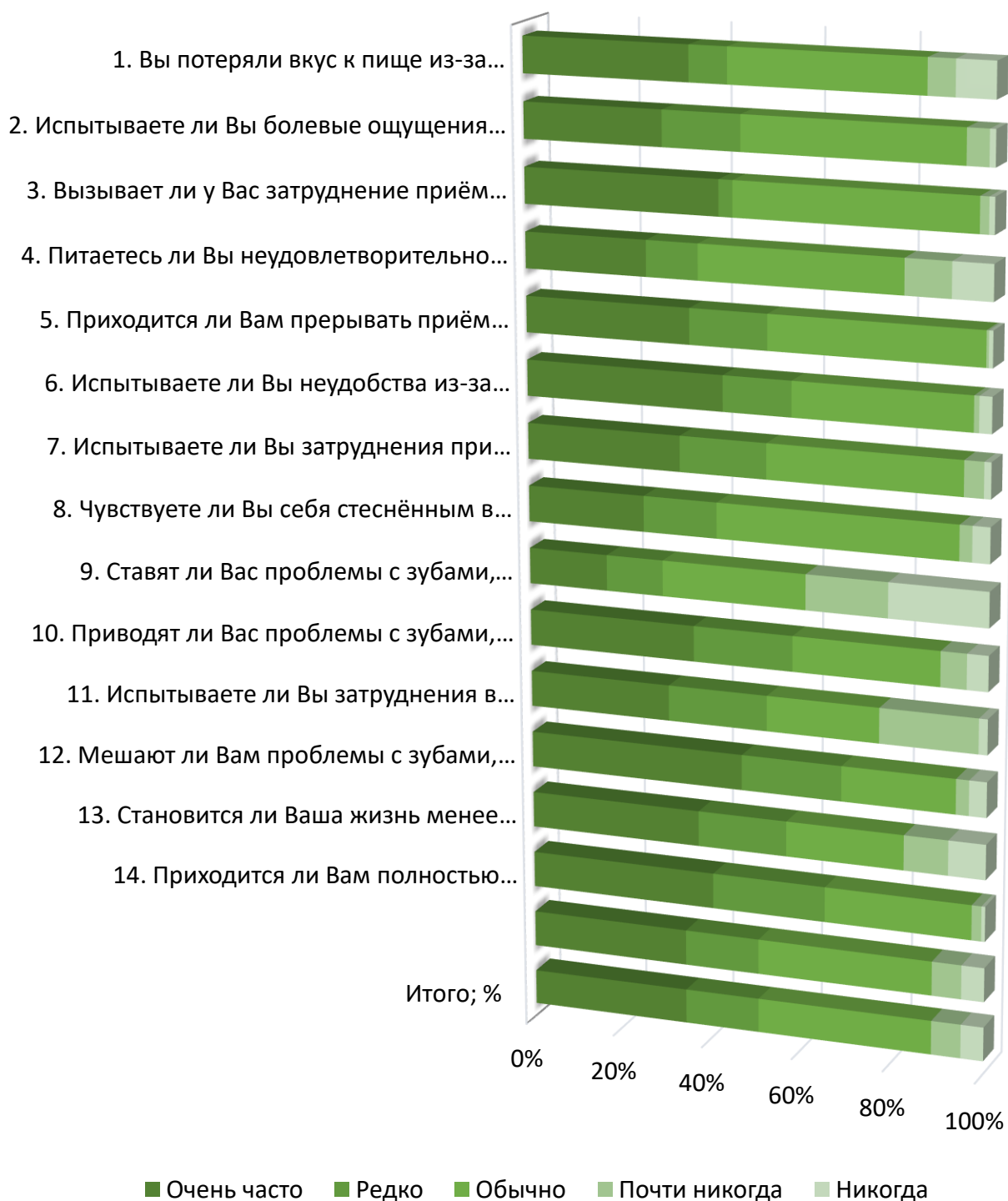


Рисунок 69 - Стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов группы наблюдения до начала ортопедического лечения

Проведенный анализ критериев оценки их качества жизни выявил определенные закономерности. Так, влияние собственно возрастного фактора в группе наблюдения пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, оказалось малозначимым, частота ответов на вопросы ОНIP-14-RU у пациентов разных возрастных групп статистически значимой разницы не имели. Характеристика выявляемого у пациента дефекта зубных рядов (протяженность, локализация, комбинативность и др.) оказывала прямое влияние на стоматологические составляющие качества жизни.

Ответы пациентов с двухсторонними, односторонними концевыми и включенными дефектами зубных рядов в сравнении между собой статистически значимых различий не показали.

До начала зубного протезирования пациенты ортопедического стоматологического профиля отмечали сниженное качество жизни, что было связано с потерей вкуса при приеме пищи, болевыми ощущениями во рту, затруднениями в приеме пищи, вынужденными ограничениями в привычном питании из-за проблем с зубами и необходимостью прерывать прием пищи, повышенной раздражительностью, затруднениями при выполнении обычной работы и в отдыхе, а также отмечали, что периодически их жизнь становится менее интересна вплоть до «выпадения из жизни».

Пациенты с дефектами в переднем отделе зубных рядов чаще отмечали наличие неудобств в связи с наличием эстетического дефекта ($2,86 \pm 0,21$), неловкость и стеснение при общении с людьми ($2,94 \pm 0,19$), затруднения в произношении слов ($3,37 \pm 0,20$). В целом, качество их жизни по результатам анализа ответов на вопросы индекса ОНIP-14-RU было относительно лучше в сравнении с пациентами, имевшими дефекты боковых отделов зубных рядов ($34,54 \pm 0,573$; $37,09 \pm 0,339$; $\Delta 2,55$).

Пациенты с полным отсутствием зубов часто отмечали потерю вкуса ($3,38 \pm 0,19$), болевые ощущения во рту ($3,36 \pm 0,18$), затруднения при приёме пищи ($3,23 \pm 0,19$), вынужденно избирательное, чаще неудовлетворительное питание из-за отсутствия зубов ($3,28 \pm 0,19$), необходимость прерывать прием пищи ($2,85 \pm 0,20$),

затруднения в произношении слов ($3,35 \pm 0,21$), наличие неудобства, неловкость и стеснение при общении с людьми ($2,96 \pm 0,19$), повышенную раздражительность, затруднения в обычной работе и в отдыхе, отмечали ($3,00 \pm 0,19$), что их жизнь стала менее интересной и порой они полностью из нее «выпадают» ($2,74 \pm 0,19$). Качество жизни пациентов этой группы было оценено, как самое низкое ($42,12 \pm 2,508$) (Рисунок 70).



Рисунок 70 – Суммарные показатели качества жизни ONIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида дефекта (ов) зубного ряда (зубных рядов); (ед.)

Далее проведен анализ стоматологических составляющих качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, осуществляющих трудовую деятельность и неработающих пенсионеров. Качество жизни первых несколько лучше ($37,27 \pm 1,321$; $38,62 \pm 1,752$; $\Delta 1,65$), они меньше обращают внимание на изменение вкуса пищи ($2,54 \pm 0,21$; $3,84 \pm 0,13$; $\Delta 1,3$), меньше ($2,30 \pm 0,21$; $3,28 \pm 0,13$; $\Delta 0,98$) испытывают болевые ощущения, реже ($2,30 \pm 0,21$; $3,20 \pm 0,14$; $\Delta 0,9$) испытывают затруднения во время приема пищи ($2,32 \pm 0,19$; $3,24 \pm 0,13$; $\Delta 0,92$) и лучше питаются, реже прерывают прием пищи ($2,19 \pm 0,22$; $3,84 \pm 0,13$; $\Delta 1,65$). Однако они чаще ($3,94 \pm 0,21$; $2,68 \pm 0,15$; $\Delta 1,26$) испытывают неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми, затруднение в произношении слов ($3,35 \pm 0,22$; $2,50 \pm 0,15$; $\Delta 0,85$), чаще испытывают раздражение ($3,98 \pm 0,71$; $2,54 \pm 0,12$; $\Delta 1,44$), затруднения в обычной работе ($3,74 \pm 0,15$; $2,56 \pm 0,14$; $\Delta 1,18$), отмечают, что жизнь

становится менее интересной ($3,70 \pm 0,20$; $2,32 \pm 0,13$; $\Delta 1,38$) и чаще «выпадают из жизни» ($3,74 \pm 0,17$; $2,52 \pm 0,15$ $\Delta 1,22$) (Рисунок 71).

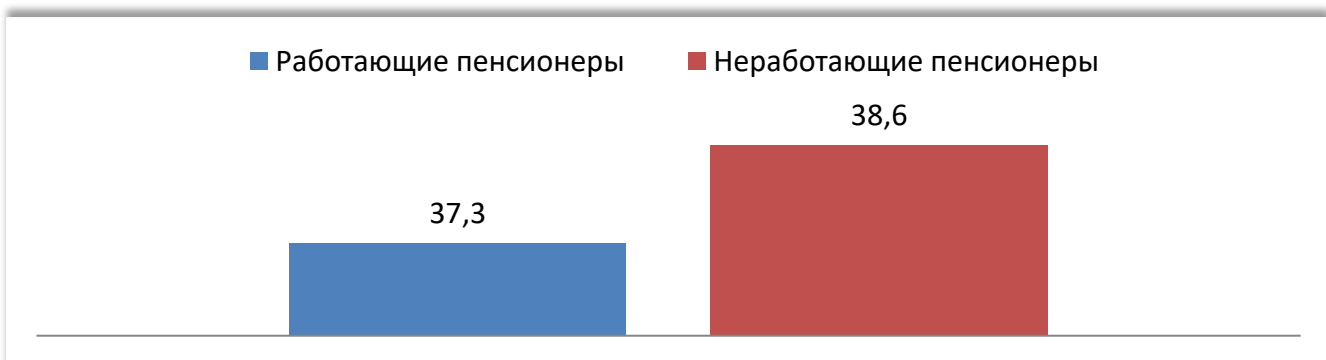


Рисунок 71 – Суммарные показатели качества жизни ONIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с учетом факта трудовой занятости; (ед.)

На следующем этапе работы был проведен анализ взаимосвязей уровня среднемесячного дохода и качества жизни обследуемых пациентов. Пациенты, определившие свой среднемесячный доход, как низкий имели более низкий уровень качества жизни ($38,32 \pm 1,693$). Это было связано с вынужденным неудовлетворительным питанием из-за проблем с зубами ($3,27 \pm 0,20$), необходимостью прерывать прием пищи ($3,84 \pm 0,21$), неудобством, неловкостью и стеснением при общении с людьми во время работы и отдыха ($3,87 \pm 0,21$). Пациенты, чей уровень среднемесячного дохода был обозначен как средний, имели более высокое качество жизни ($36,27 \pm 0,902$), они лучше питаются и реже прерывают прием пищи ($2,87 \pm 0,20$), меньше испытывают неудобство ($2,71 \pm 0,21$), неловкость и стеснение при общении с людьми во время работы и отдыха ($2,75 \pm 0,21$). У пациентов с высоким среднемесячным доходом качество жизни выше, чем у пациентов со средним среднемесячным доходом и существенно выше, чем у пациентов с низким доходом ($34,07 \pm 2,922$). Это было связано хорошим питанием ($2,05 \pm 0,23$), отсутствием необходимости прерывать прием пищи ($2,05 \pm 0,23$), меньшими чувствами неудобства ($2,09 \pm 0,19$), неловкости и стеснения при общении с людьми во время работы и отдыха ($2,08 \pm 0,23$) (Рисунок 72).

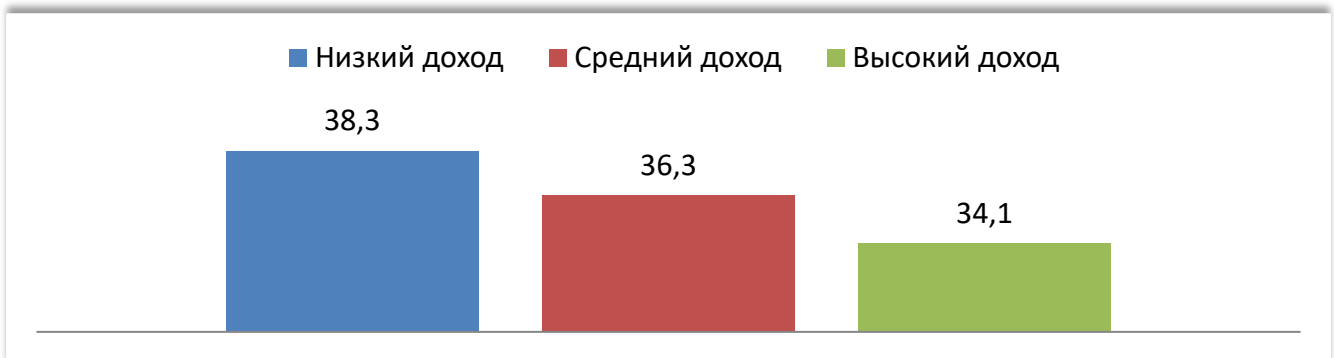


Рисунок 72 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, в зависимости от среднемесячного дохода; (ед.)

На основе анализа показателей ОНIP-14-RU выявлена взаимосвязь качества жизни и семейного положения у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей. Пациенты группы наблюдения, проживающие в семьях, имеют более высокий уровень качества жизни ($35,48 \pm 1,707$), чем люди одинокие, проживающие вне семьи ($37,74 \pm 1,861$). Семейные пациенты лучше питаются ($2,25 \pm 0,23$; $3,02 \pm 0,20$; $\Delta 0,77$), реже прерывают прием пищи ($2,98 \pm 0,19$; $3,84 \pm 0,21$; $\Delta 0,86$), реже испытывают неудобство в общении ($2,69 \pm 0,19$; $3,86 \pm 0,21$; $\Delta 1,17$) и в произношении слов ($2,61 \pm 0,22$; $3,35 \pm 0,21$; $\Delta 0,74$), реже попадают в неловкое положение ($2,85 \pm 0,20$; $3,93 \pm 0,19$; $\Delta 1,08$), испытывают трудности на работе ($2,54 \pm 0,15$; $3,73 \pm 0,19$; $\Delta 1,19$) и «выпадают из жизни» ($2,55 \pm 0,19$; $3,75 \pm 0,21$; $\Delta 1,2$) (Рисунок 73).

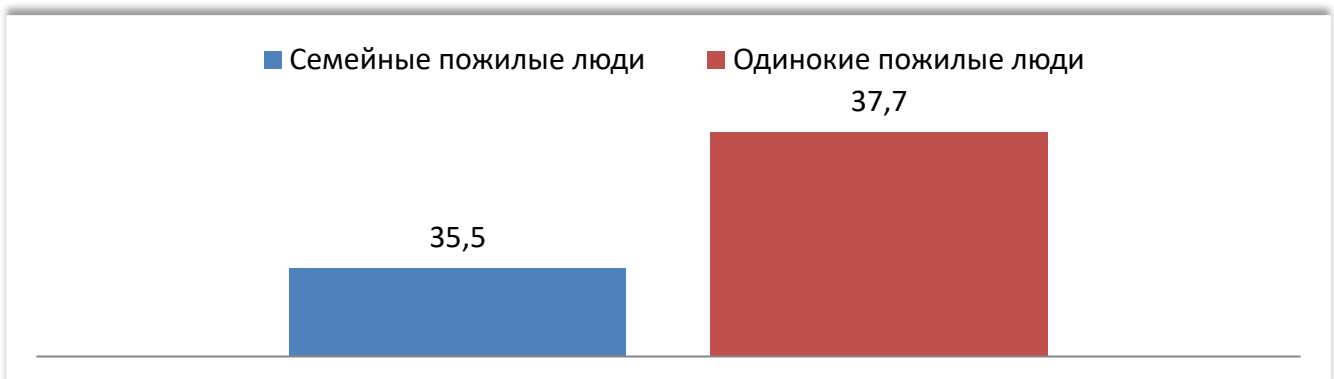


Рисунок 73 – Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с учетом семейного положения; (ед.)

Выявлена зависимость качества жизни людей пожилого и старческого возраста от образа жизни. Люди, ведущие активный образ жизни и проводящие свободное время в прогулках на свежем воздухе и работе на дачных участках имеют более высокие показатели качества жизни ($32,07 \pm 1,587$), чем пожилые люди, вынужденные вести пассивный образ жизни ($37,04 \pm 0,806$), которые чаще испытывают боль во рту ($3,40 \pm 0,20$; $2,87 \pm 0,12$; $\Delta 0,53$), затруднения с приемом пищи ($3,58 \pm 0,18$; $2,27 \pm 0,21$; $\Delta 1,31$), хуже питаются ($3,28 \pm 0,20$; $2,25 \pm 0,12$; $\Delta 1,03$), чаще прерывают прием пищи ($3,75 \pm 0,20$; $1,90 \pm 0,11$; $\Delta 1,85$), испытывают неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми ($3,86 \pm 0,21$; $2,69 \pm 0,19$; $\Delta 1,17$), хуже произносят слова ($3,37 \pm 0,21$; $2,57 \pm 0,22$; $\Delta 0,8$), чаще раздражаются ($3,00 \pm 0,19$; $2,57 \pm 0,19$; $\Delta 0,43$), хуже работают ($3,74 \pm 0,19$; $2,656 \pm 0,15$; $\Delta 1,09$) и отдыхают ($3,72 \pm 0,19$; $2,65 \pm 0,16$; $\Delta 1,07$), их жизнь менее интересна ($3,72 \pm 0,13$; $2,64 \pm 0,13$; $\Delta 1,08$), они чаще из нее «выпадают» ($3,74 \pm 0,19$; $2,67 \pm 0,12$; $\Delta 1,07$) (Рисунок 74).

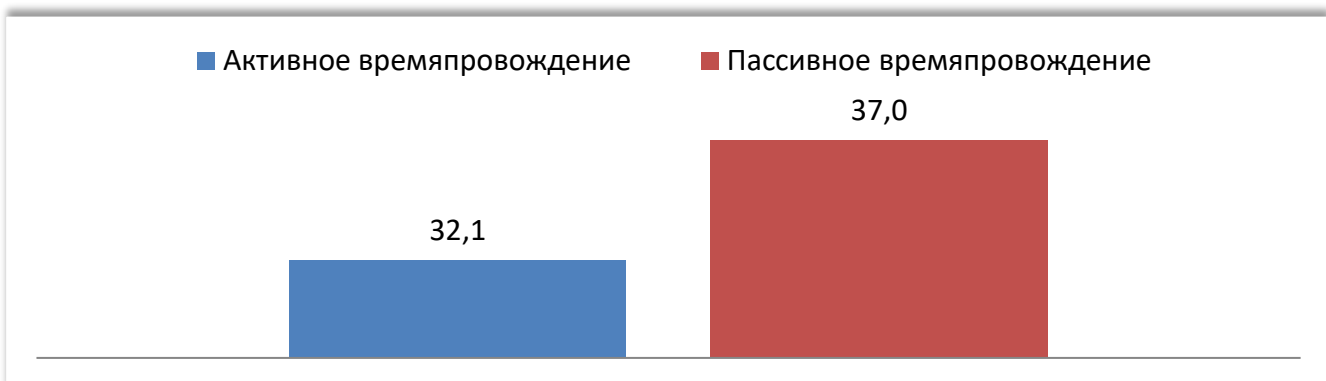


Рисунок 74 – Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от образа жизни; (ед.)

Большое значение на этом этапе исследования предавалось изучению взаимосвязи между качеством жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей и видом зубопротезной конструкции, посредством которой было проведено стоматологическое ортопедическое лечение.

Анализ данных выявил, что пациенты, имеющие несъемные конструкции, демонстрировали более высокое качество жизни ($33,12 \pm 2,540$). Они реже теряли вкус

пищи ($1,93 \pm 0,23$), меньше испытывали боль во рту ($1,87 \pm 0,19$), реже испытывали затруднения с приемом пищи ($2,27 \pm 0,21$) и трудности в выборе продуктов ($2,25 \pm 0,23$), не прерывали прием пищи ($1,90 \pm 0,21$) и редко испытывали неудобство ($2,69 \pm 0,19$), неловкость и стеснение при общении с людьми ($2,68 \pm 0,17$), значительно лучше произносят слова ($2,57 \pm 0,21$), реже раздражаются ($2,52 \pm 0,23$), лучше работают ($2,54 \pm 0,21$) и интереснее отдыхают ($2,23 \pm 0,20$), никогда не «выпадают из жизни» ($2,47 \pm 0,19$).

Пациенты со съёмными ортопедическими конструкциями по всем критериям оценки качества жизни имели существенно худшие показатели, чем пациенты с несъёмными конструкциями протезов ($42,15 \pm 4,259$). Пациенты, протезирование которых ранее было проведено комбинированными съёмно-несъёмными ортопедическими конструкциями, по качеству жизни занимали срединное положение ($37,32 \pm 0,496$) (Рисунок 75).

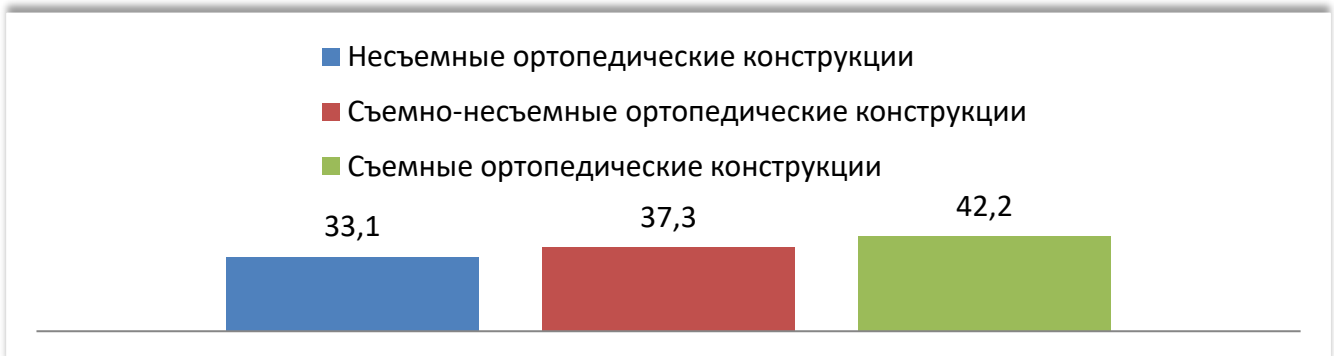


Рисунок 75 – Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида ортопедической конструкции; (ед.)

Стоматологические ортопедические конструкции, имеющие эстетичный внешний вид, значительно улучшили качество жизни пациентов, их получивших. Пожилые люди отметили, что значительно реже испытывали неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми ($2,69 \pm 0,19$; $3,86 \pm 0,21$; $\Delta 1,17$), лучше произносят слова ($2,59 \pm 0,19$; $3,35 \pm 0,21$; $\Delta 0,76$), реже раздражаются ($2,52 \pm 0,23$; $3,00 \pm 0,19$; $\Delta 0,48$), лучше работают ($2,54 \pm 0,21$; $3,74 \pm 0,19$; $\Delta 1,2$) и отдыхают $2,55 \pm 0,22$; $3,72 \pm 0,19$; $\Delta 1,17$),

их жизнь более насыщена событиями и интересна ($2,23 \pm 0,20$; $3,72 \pm 0,19$; $\Delta 1,49$), они реже из нее «выпадают» ($2,47 \pm 0,19$; $3,74 \pm 0,19$; $\Delta 1,27$). Пациенты, получившие малоэстетичные конструкции по всем критериям оценки качества жизни имели существенно худшие показатели ($34,90 \pm 1,661$; $38,01 \pm 1,507$; $\Delta 3,11$) (Рисунок 76).

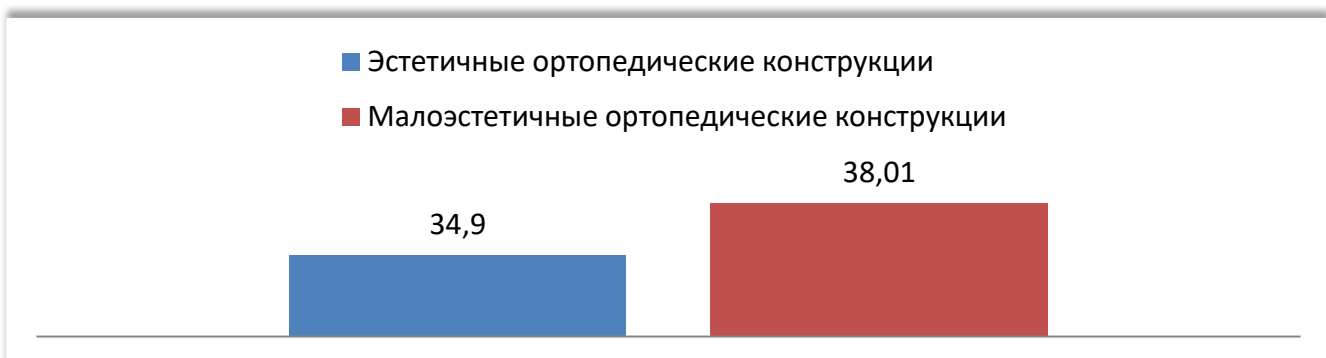


Рисунок 76 – Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, в зависимости от эстетичности ортопедической конструкции; (ед.)

9.2. Анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей после проведенного стоматологического ортопедического лечения

Повторный опрос у 611 человек, 61,1% пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей проводился дистанционно, путем телефонного разговора, спустя 4 месяца после проведенного стоматологического ортопедического лечения. Отдельные (389 человек, 38,9%) пациенты после приглашения пройти профилактический осмотр, посетили врача-стоматолога-ортопеда и заполнили анкету оценки качества жизни самостоятельно. Динамика показателей индекса ОНП-14-RU после проведенного стоматологического ортопедического лечения указывала на достоверное улучшение стоматологических составляющих качества жизни у обследованных (опрошенных) пациентов (Рисунок 77).

Стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU после ортопедического лечения



Рисунок 77 - Стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов группы наблюдения после ортопедического лечения

Самыми распространенными ответами ОНIP-14-RU после проведенного стоматологического ортопедического лечения были ответы «почти никогда» в 5914 случаях (42,24%) и «никогда» в 3176 случаях (22,70%), существенно уменьшилось количество ответов «очень часто» - 905 ответов (6,46%), ответы «редко» были получены в 1708 случаях (12,20%), ответы «обычно» в 2297 случаях (16,40%).

При повторном анкетировании пациентов влияние возраста внутри группы пациентов осталось незначительным, ответы пациентов разных возрастных групп, как и прежде, статистически значимой разницы не имели.

Ответы пациентов с двухсторонними, односторонними концевыми и включенными дефектами зубных рядов в сравнении между собой статистически значимых различий не продемонстрировали. Пациенты реже отмечали потерю вкуса пищи ($1,66 \pm 0,17$), меньше болевых ощущений во рту ($1,88 \pm 0,19$), затруднений при приеме пищи ($2,14 \pm 0,17$). Пожилые люди стали лучше питаться ($1,89 \pm 0,18$) и реже прерывать прием пищи ($1,83 \pm 0,17$). Было отмечено меньшее раздражение ($1,87 \pm 0,19$) и затруднение в обычной работе ($1,45 \pm 0,18$) и в отдыхе ($1,47 \pm 0,18$). Жизнь пожилых пациентов стала более интересна ($1,43 \pm 0,18$), они перестали из нее «выпадать» ($1,47 \pm 0,18$).

Качество жизни этой группы пациентов существенно улучшилось: у пациентов с дефектами зубных рядов Кеннеди 1 стоматологический показатель качества жизни улучшился, снизившись с $36,96 \pm 1,716$ до $25,35 \pm 1,914$; $\Delta 11,61 \pm 1,815$, $t=4,46$ ($p \leq 0,01$). У пациентов с дефектами зубных рядов Кеннеди 2 с $37,10 \pm 2,759$ до $25,64 \pm 2,268$; $\Delta 11,46 \pm 2,514$, $t=3,56$ ($p \leq 0,01$). У пациентов с дефектами зубных рядов Кеннеди 3 с $37,09 \pm 1,944$ до $25,35 \pm 2,130$; $\Delta 11,74 \pm 2,037$, $t=4,19$ ($p \leq 0,01$).

Пациенты с дефектами в переднем отделе зубных рядов перестали отмечать наличие неудобства, неловкости и стеснения при общении с людьми, стали лучше произносить слова. В целом, качество их жизни по индексу ОНIP-14-RU также существенно улучшилось, снизившись с $34,54 \pm 1,973$ до $23,09 \pm 1,774$; $\Delta 11,45 \pm 1,874$, $t=4,40$ ($p \leq 0,01$).

Пациенты с полным отсутствием зубов стали реже отмечать потерю вкуса к пище, болевые ощущения во рту, затруднения в приёме пищи, избирательное неудовлетворительное питание из-за отсутствия зубов, необходимость прерывать прием пищи, затруднения в произношении слов, наличие неудобства, неловкость и стеснение при общении с людьми, повышенную раздражительность, затруднения в обычной работе и в отдыхе, их жизнь стала более интересной, и они перестали из нее «выпадать». Качество жизни пациентов этой группы по индексу ОНП-14-RU также существенно улучшилось, снизившись с $42,12 \pm 2,503$; до $30,58 \pm 2,445$; $\Delta 11,54 \pm 2,474$, $t=3,29$ ($p \leq 0,01$) (Рисунок 78).

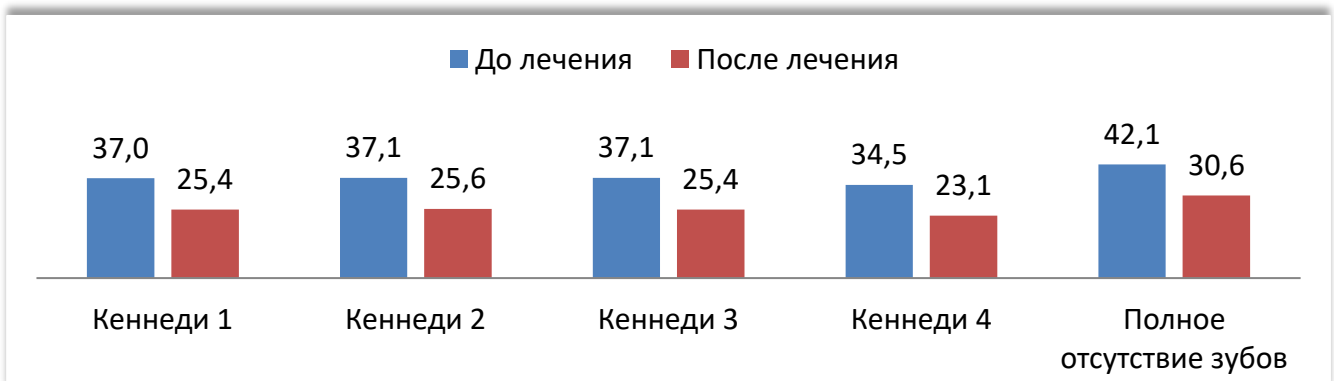


Рисунок 78 - Сравнительный анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по индексу ОНП-14-RU до и после лечения в зависимости от вида дефекта зубного ряда; (ед.)

Далее проведен анализ качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, получивших стоматологическую ортопедическую помощь, осуществляющих трудовую деятельность и неработающих пенсионеров. Качество жизни первых продолжает оставаться несколько лучше, они по-прежнему меньше обращают внимание на изменение вкуса пищи, меньше испытывают болевые ощущения, реже испытывают затруднения во время приема пищи и лучше питаются, реже прерывают прием пищи. После стоматологического лечения эти пациенты стали реже испытывать неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми, затруднение в произношении слов, раздражение, затруднения в работе, их жизнь стала

более интересной, и они реже из нее «выпадают». Показатели качества жизни после проведенного ортопедического лечения у работающих пенсионеров улучшились, снизившись с $37,27 \pm 2,145$ до $23,02 \pm 2,141$; $\Delta 14,25 \pm 2,043$, $t=4,70$ ($p \leq 0,01$).

У неработающих пенсионеров с $38,62 \pm 1,958$ до $27,85 \pm 1,973$; $\Delta 10,77 \pm 1,965$, $t=3,85$ ($p \leq 0,01$) (Рисунок 79).

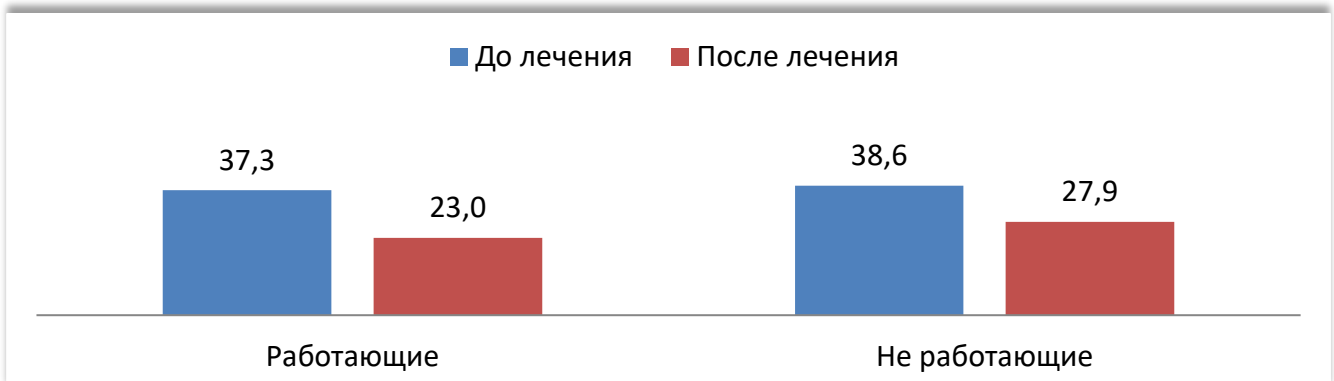


Рисунок 79 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от трудовой занятости; (ед.)

На следующем этапе работы был проведен анализ взаимосвязей уровня среднемесячного дохода и качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, получивших стоматологическую ортопедическую помощь. После проведенного лечения качество жизни пациентов с низким среднемесячным доходом существенно улучшилось, однако они продолжают отмечать вынужденное неудовлетворительное питание, необходимость прерывать прием пищи, неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми во время работы и отдыха. Стоматологические показатели качества их жизни относительно других социальных групп продолжают оставаться сниженными, но изменилось в лучшую сторону, снизившись с $38,32 \pm 2,093$ до $25,168 \pm 2,197$; $\Delta 13,03 \pm 2,145$, $t=4,30$ ($p \leq 0,01$).

Пациенты, чей уровень среднемесячного дохода был обозначен как средний, изначально имели более высокое качество жизни по стоматологическому индексу ОНП-14-RU. После проведенного стоматологического ортопедического лечения оно

улучшилось, пациенты этой группы лучше питаются и реже прерывают прием пищи, меньше испытывают неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми во время работы и отдыха. Показатели оценки их качества жизни изменились в лучшую сторону, снизившись с $36,27 \pm 1,892$ до $22,82 \pm 2,026$; $\Delta 13,45 \pm 1,959$, $t=4,80$ ($p \leq 0,01$).

У пациентов с высоким среднемесячным доходом стоматологические параметры качества жизни до проведенного лечения были выше, чем у пациентов со средним среднемесячным доходом и существенно выше, чем у пациентов с низким доходом. Это связано хорошим питанием, отсутствием необходимости прерывать прием пищи, меньшими чувствами неудобства, неловкости и стеснения при общении с людьми во время работы, и во время отдыха. Положительная тенденция к улучшению качества жизни у этой группы пациентов также сохранилась, что подтверждала динамика показателя ОНП-14-RU. Показатели индекса качества жизни улучшились, снизившись с $34,07 \pm 2,522$ до $21,05 \pm 2,337$; $\Delta 13,02 \pm 2,44$, $t=3,82$ ($p \leq 0,01$) (Рисунок 80).

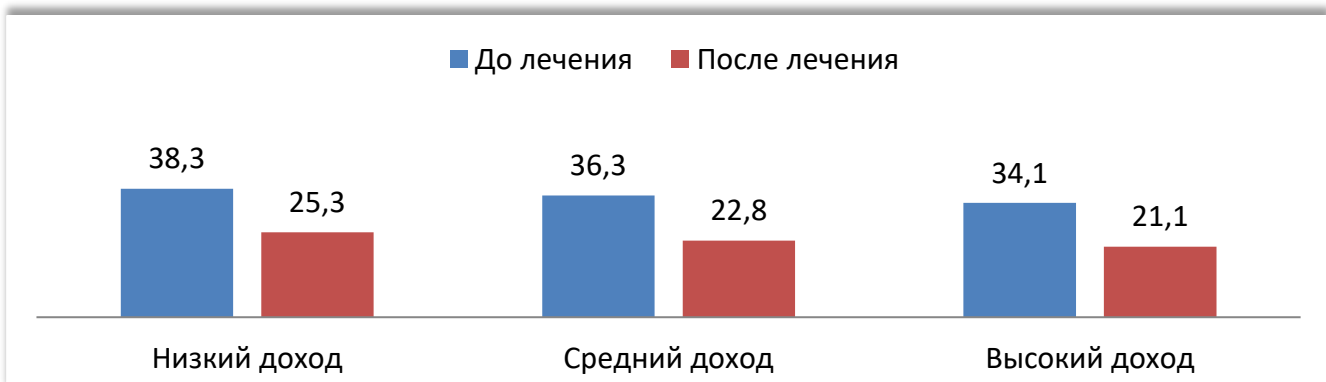


Рисунок 80 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от среднемесячного дохода; (ед.)

Выявленная на предыдущем этапе взаимосвязь стоматологических составляющих качества жизни и семейного положения сохранилась. Пациенты, проживающие в семьях, получившие ортопедическую стоматологическую помощь, по-прежнему демонстрируют более высокий уровень качества жизни, относительно

качества жизни одиноких людей, проживающих вне семьи. Семейные пациенты лучше питаются, реже прерывают прием пищи, реже испытывают неудобство в общении, произношении слов, попадают в неловкое положение, испытывают трудности на работе и «выпадают из жизни». Показатели оценки качества жизни демонстрируют положительную динамику, снизившись с $35,48 \pm 1,977$ до $25,93 \pm 1,727$; $\Delta 9,55 \pm 1,852$, $t=3,67$ ($p \leq 0,01$).

После проведенного стоматологического ортопедического лечения качество жизни пациентов, проживающих одиноко, также существенно улучшилось, снизившись с $37,74 \pm 1,861$ до $29,24 \pm 1,737$; $\Delta 8,50 \pm 1,801$, $t=3,40$ ($p \leq 0,01$) (Рисунок 81).

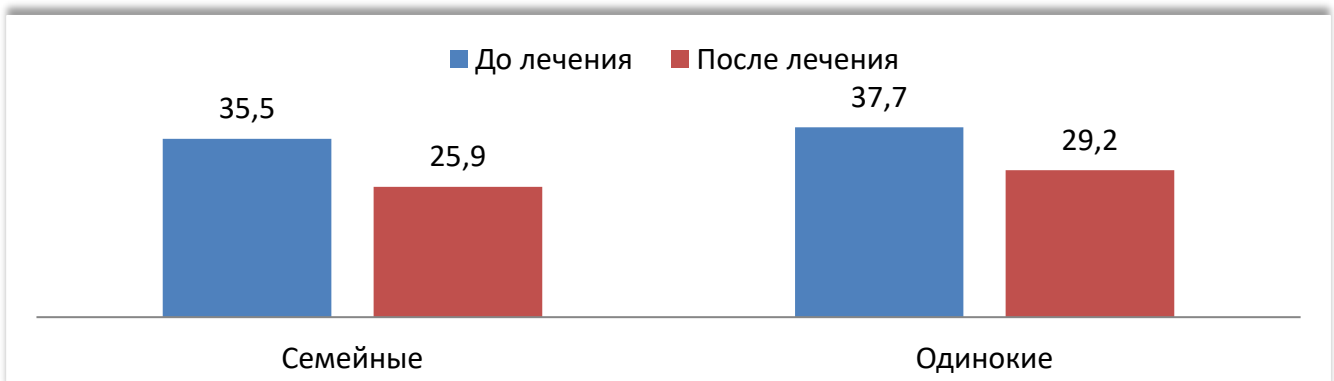


Рисунок 81 - Сравнительный анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от семейного положения; (ед.)

Выявленная зависимость качества жизни людей пожилого и старческого возраста от образа жизни сохранилась. Люди пожилого и старческого возраста, получившие стоматологическую ортопедическую помощь, ведущие активный образ жизни и проводящие свободное время в прогулках на свежем воздухе и на работе на дачных участках, имеют более высокие показатели качества жизни, чем пожилые люди, вынужденные вести пассивный образ жизни, которые продолжают отмечать, что часто испытывают боль во рту, затруднения с приемом пищи, вынужденно питаются, чаще прерывают прием пищи, испытывают неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми, хуже произносят слова, чаще раздражаются, хуже

работают и отдыхают, их жизнь менее интересна, они чаще из нее «выпадают»). В целом, после проведенного стоматологического ортопедического лечения качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, ведущих, как активный образ жизни, так и вынужденный пассивный по всем оцениваемым критериям существенно улучшилось (Рисунок 82).

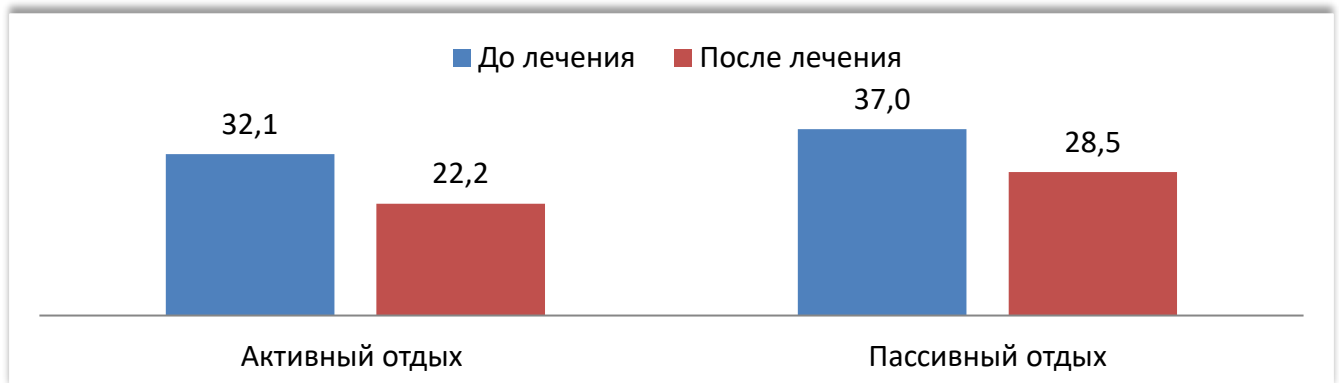


Рисунок 82 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ONIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от образа жизни; (ед.)

Показатели оценки качества жизни пожилых людей, ведущих активный образ жизни, улучшились, снизившись с $32,07 \pm 1,587$ до $22,20 \pm 1,831$; $\Delta 9,87 \pm 1,709$, $t=4,11$ ($p \leq 0,01$). У пожилых людей, ведущих пассивный образ жизни с $37,04 \pm 1,676$ до $28,52 \pm 1,325$; $\Delta 8,52 \pm 1,029$, $t=4,06$ ($p \leq 0,01$).

Отличия на этом этапе исследования были отмечены между качеством жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей и видом ортопедической зубопротезной конструкции, посредством которой было проведено рациональное протезирование.

Анализ данных показал, что пациенты с несъемными конструкциями сохраняли более высокие параметры качества жизни. Они реже теряли вкус пищи, меньше испытывали боль во рту, реже испытывали затруднения с приемом пищи и трудности в выборе продуктов, не прерывали прием пищи и редко испытывали неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми, значительно лучше произносят слова,

реже раздражаются, лучше работают и интереснее отдыхают, никогда не «выпадают из жизни». Показатели оценки качества их жизни изменились в лучшую сторону, снизившись с $33,12 \pm 2,640$ до $20,94 \pm 2,535$; $\Delta 12,18 \pm 2,587$, $t=3,29$ ($p \leq 0,01$).

Пациенты со съёмными зубопротезными конструкциями по всем критериям оценки качества жизни имели существенно худшие показатели, но они также изменились в лучшую сторону, снизившись с $42,15 \pm 2,238$ до $29,96 \pm 2,549$; $\Delta 12,19 \pm 1,209$, $t=3,79$ ($p \leq 0,01$).

Пациенты, протезирование которых ранее было проведено комбинированными съёмно-несъёмными ортопедическими зубопротезными конструкциями, по показателям качества жизни занимали «срединное» положение, показатели их оценки имели положительную динамику по снижению с $37,32 \pm 1,976$ до $26,23 \pm 1,884$; $\Delta 11,09 \pm 1,156$, $t=4,11$ ($p \leq 0,01$) (Рисунок 83).

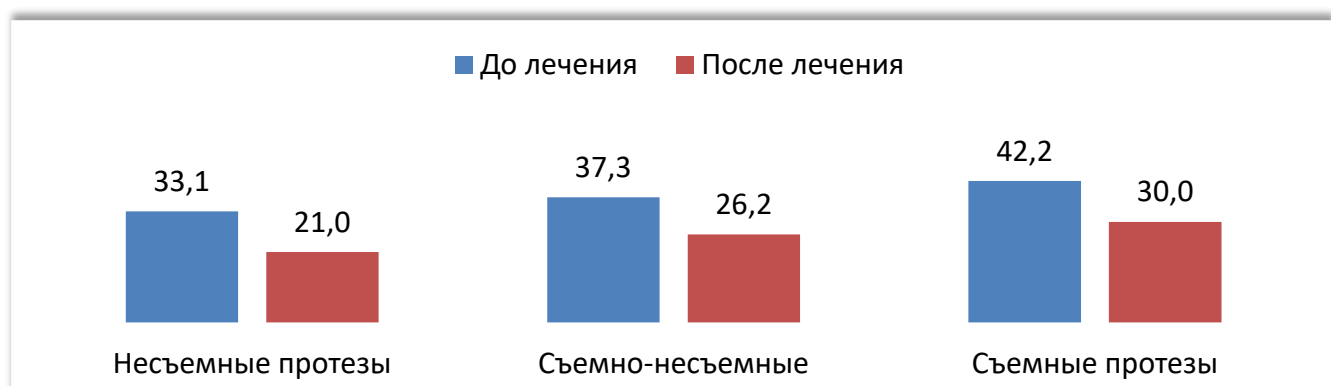


Рисунок 83 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ONIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от вида стоматологической ортопедической конструкции;
(ед.)

Установка (пользование) пациентам зубопротезных конструкций с высокими эстетическими характеристиками значительно улучшила стоматологические показатели качества жизни пациентов. Пожилые люди отметили, что значительно реже испытывали неудобство, неловкость и стеснение при общении с людьми, лучше

произносят слова, реже раздражаются, лучше работают и отдыхают, их жизнь более насыщена событиями и интересна, они реже из нее «выпадают».

Пациенты, в силу объективных причин получившие малоэстетичные зубопротезные конструкции, по всем критериям оценки качества жизни имели несколько худшие показатели ОНП-14-RU. В целом, после проведенного стоматологического ортопедического лечения качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со всеми видами установленных протезов, по всем оцениваемым критериям существенно улучшилось.

Показатели оценки качества жизни изменились в лучшую сторону, снизившись с $34,90 \pm 1,861$ до $24,77 \pm 1,795$; $\Delta 10,13 \pm 1,125$, $t=3,89$ ($p \leq 0,01$), у пациентов с эстетичными конструкциями с $38,01 \pm 1,582$ до $28,26 \pm 1,548$; $\Delta 9,75 \pm 1,578$, $t=4,43$ ($p \leq 0,01$) – у пациентов с малоэстетичными конструкциями (Рисунок 84).

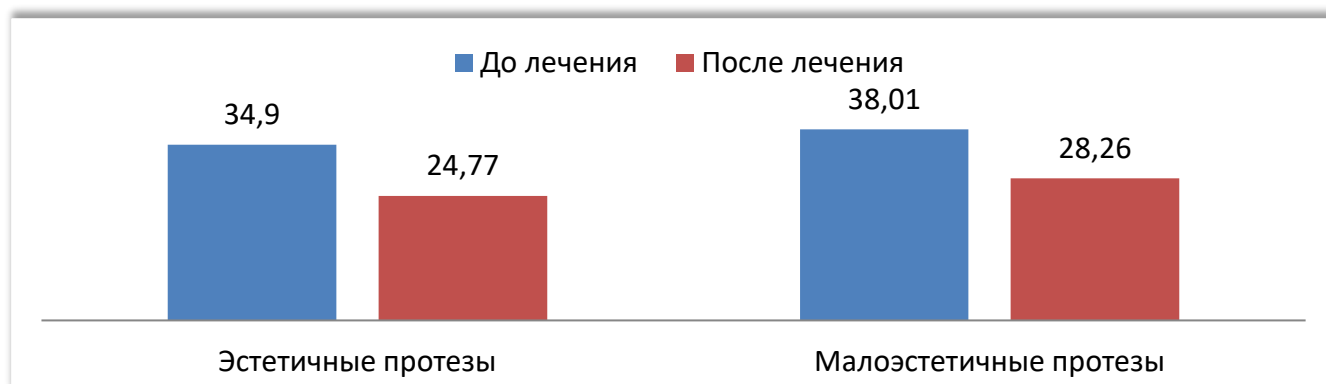


Рисунок 84 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от эстетичности стоматологической ортопедической конструкции; (ед.)

Таким образом, по результатам проведенного комплексного исследования был установлен, что наибольшее влияние на качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей оказывает наличие дефекта зубного ряда. Пациенты с концевыми дефектами и дефектами, включенными в боковые отделы зубных рядов, имеют более низкие показатели качества жизни, связанные с

функциональными нарушениями зубочелюстной системы. Пациенты, имеющие дефекты передних отделов зубных рядов, также имеют низкие показатели качества жизни, но связанные с эстетическими нарушениями, ограничивающими возможности их социальной адаптации. Наихудшие показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU демонстрируют пациенты с полным отсутствием зубов. Низкое качество их жизни наглядно демонстрируют функциональные и социальные индикаторы опросника.

Показатели оценки качества жизни после проведенного зубного протезирования существенно улучшились у всех пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, тогда как внутри возрастных групп значимой статистической разницы обнаружено не было. Улучшение качества жизни, формально интерпретируемое достоверным снижением интегральных значений индекс ОНIP-14-RU, отмечали у пациентов с дефектами зубных рядов в переднем отделе. Аналогичная, но менее выраженная положительная динамика индекса качества жизни ОНIP-14-RU, выявлена по результатам ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов. Допустимо предположить, что наличие дефекта зубного ряда имеет более существенное влияние на стоматологические параметры качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью, чем собственно вид дефекта (Таблица 16).

Таблица 16 - Сравнение показателей качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида дефекта зубного ряда; (M±m)

Вид дефекта зубных рядов	КЖ до лечения	КЖ после лечения	Δ	% улучшения показателя
Кеннеди 1	36,96±1,716	25,35±1,914	11,61±1,815	31,41
Кеннеди 2	37,10±2,759	25,64±2,268	11,46±2,514	30,89
Кеннеди 3	37,09±1,944	25,35±2,130	11,74±2,037	31,65
Кеннеди 4	34,54±1,973	23,09±1,774	11,45±1,874	33,15
Полное отсутствие зубов	42,12±2,503	30,58±2,445	11,54±2,474	27,40

Вид установленной зубопротезной конструкции является одним из основных факторов, влияющих на динамику показателей качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей после проведенного ортопедического лечения. Пациенты, имеющие несъемные зубопротезные конструкции, демонстрируют более высокие показатели качества жизни, пациенты со съёмными конструкциями – наихудшие показатели качества жизни. Пациенты, протезирование которых было осуществлено съёмно-несъёмными зубопротезными конструкциями, по показателям качества жизни, занимают срединное положение.

Улучшение качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, получивших несъемные зубопротезные конструкции, объективизировано положительной динамикой индекса ОНП-14-RU, более выраженной, чем у пациентов со съёмными и съёмно-несъёмными конструкциями (Таблица 17).

Таблица 17 - Сравнение показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида зубопротезной конструкции; (M±m)

Вид зубопротезной конструкции	КЖ до лечения	КЖ после лечения	Δ	% улучшения показателя
Несъемные	33,12±2,640	20,97±2,535	12,18±2,587	36,78
Съёмно-несъёмные	37,32±1,976	26,23±1,884	11,09±1,156	29,72
Съёмные	42,15±2,238	29,96±2,549	12,19±1,209	28,92

Высокие эстетические характеристики зубопротезной конструкции также позитивно отражаются на качестве жизни стоматологических пациентов, причем на эстетичность конструкции, в первую очередь, положительно реагируют социальные индикаторы опросника. Пациенты пожилого и старческого возраста, получившие их, показывали более высокие показатели роста качества жизни (Таблица 18).

Таблица 18 - Сравнение показателей качества по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от эстетичности стоматологической ортопедической конструкции; (M±m)

Вид зубопротезной конструкции	КЖ до лечения	КЖ после лечения	Δ	% улучшения показателя
Эстетичные	34,90±1,861	24,77±1,795	10,13±1,125	29,03
Малозстетичные	38,01±1,582	28,26±1,548	9,75±1,578	25,68

Социальные факторы жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей также оказывают существенное влияние на качество жизни. Пациенты, продолжающие осуществлять трудовую деятельность, проживающие в семьях, имеющие средний и высокий уровень среднемесячного дохода, ведущие активный образ жизни изначально имели более высокие показатели качества жизни, чем неработающие пациенты, с низким достатком, одинокие, не имеющие возможности вести активный образ жизни. Динамика стоматологических показателей качества жизни сохраняет обозначенную тенденцию. В наибольшей степени качество жизни улучшилось у работающих пенсионеров с высоким среднемесячным доходом, проживающих в семьях и ведущих активный образ жизни (Таблица 19).

Таблица 19 - Сравнение показателей качества по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от социальных факторов; (M±m)

Социальный признак	КЖ до лечения	КЖ после лечения	Δ	% улучшения показателя
Работающий пенсионер	37,27±2,145	23,02±2,141	14,25±2,043	38,23
Не работающий пенсионер	38,62±1,958	27,85±1,973	10,77±1,965	27,89
Низкий среднемесячный доход	38,32±2,093	25,29±2,197	13,03±2,145	34,00
Средний среднемесячный доход	36,27±1,892	22,82±2,026	13,45±1,959	37,08

Продолжение таблицы 19

Социальный признак	КЖ до лечения	КЖ после лечения	Δ	% улучшения показателя
Высокий среднемесячный доход	34,07±2,522	21,05±2,337	13,02±2,440	38,22
Семейные люди	35,48±1,977	25,93±1,727	9,55±1,853	26,92
Одинокие люди	37,74±1,861	29,24±1,737	8,50±1,801	22,52
Активное времяпровождение	32,07±1,587	22,20±1,831	9,87±1,709	30,78
Пассивное времяпровождение	37,04±1,676	28,52±1,325	8,52±1,029	23,00

После проведенного стоматологического ортопедического лечения качество жизни всех пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей существенно улучшилось, о чем свидетельствует структура ответов ОНП-14-RU, а именно увеличение ответов «никогда» с 4,94% до 22,70%, увеличение ответов «почти никогда» с 6,42% до 42,24%, существенно уменьшилось количество ответов «очень часто» с 34,36% до 6,46%. Интегральный показатель индекса ОНП-14-RU (сумма общих баллов анкеты) уменьшилась в среднем на 30,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ стоматологической ортопедической заболеваемости среди пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, показал, что в её структуре преобладает полное отсутствие зубов, 36,0% (360 человек). Односторонние концевые дефекты зубных рядов диагностированы у 260 человек, что составляет 26,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, из которых 83 (8,3%) человека дополнительно имели один включенный дефект, 106 человек (10,6%) - два и 71 человек (7,1%) - 3 включенных дефекта. Включенные дефекты боковых отделов зубных рядов беспокоили 200 человек, что составляет 20,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, из которых 82 (8,2%) человека дополнительно имели один, 58 человек (5,8%) – два и 60 человек (6,0%) – 3 включенных дефекта. Двухсторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 1) имелись у 120 человек, что составляет 12,0% от общего количества пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, из которых 27 (2,7%) человек дополнительно имели один включенный дефект, 51 (5,1%) человек – два и 42 (4,2%) человека – 3 включенных дефекта. Дефекты передних отделов зубных рядов (Кеннеди 4) диагностированы у 60 (6,0%) человек.

Установлено, что ухудшение клинической ситуации косвенно визуализирует численное увеличение подкласса Кеннеди. В возрастной группе 60-74 года количество человек с первым подклассом по Кеннеди (1-3 класс) составило 135 человек (33,1% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), со вторым подклассом – 69 человек (16,9%), с третьим подклассом - 53 человека (13,0%). В возрастной группе 75-89 лет количество с первым подклассом по Кеннеди (1-3 класс) уменьшилось и составило 49 человек (10,2% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), со вторым подклассом существенно увеличилось до

131 (27,2%) и с третьим подклассом до 98 человек (20,3%). В возрастной группе 90 лет и старше количество человек с первым подклассом по Кеннеди (1-3 класс) минимальное и составило 8 человек (7,2% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), со вторым подклассом незначительное - 15 человек (13,5%) и с третьим подклассом 22 человека (19,8%). Об ухудшении клинической ситуации свидетельствует и динамика показателей полного отсутствия зубов, если в возрастной группе «Пожилые люди» с полным отсутствием зубов в процессе исследования выявлено 108 человек (15,7% от общего количества пациентов исследуемой возрастной группы), то в возрастной группе старческого возраста уже 188 человек (39,1%), а в возрастной группе «Долгожители» - 64 человека (57,7%). Динамика процесса очевидна внутри исследуемых групп.

Проведенный анализ зубопротезных конструкций, изготовленных и установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, показал, что максимальное значение среднего количества изготовленных штифтовых конструкций на одного человека приходится на пациентов возрастной группы «Пожилые люди» ($3,5 \pm 0,08$ конструкции на одного пациента), что можно объяснить наличием большего количества зубов, пригодных для их установки, чем у пациентов старческого возраста ($2,8 \pm 0,04$ конструкции на 1 пациента) и «Долгожителей» ($2,4 \pm 0,08$ конструкции на одного пациента).

Максимальное значение среднего количества изготовленных искусственных коронок приходится на пациентов возрастной группы старческого возраста ($3,5 \pm 0,04$ единицы на 1 пациента), что можно объяснить большим количеством зубов, нуждающихся в покрытии искусственными коронками, и пригодных для их установки под опорно-удерживающие элементы частичных съемных ортопедических зубопротезных конструкций. У пациентов возрастной группы «Пожилые люди» искусственные коронки ($3,3 \pm 0,08$ единицы на 1 пациента) чаще являются частью мостовидного протеза. Пациенты группы «Долгожители» ($3,1 \pm 0,07$ единицы на одного пациента) имеют меньшее количество оставшихся зубов.

Максимальное значение среднего количества изготовленных мостовидных протезов ($1,7 \pm 0,08$ единицы на одного пациента) приходится на пациентов возрастной группы «Пожилые люди», что объясняется наличием у этих пациентов включенных дефектов зубных рядов непродолжительных размеров и большим количеством зубов, пригодных для использования в качестве опоры мостовидного протеза. Пациенты возрастной группы старческого возраста ($1,3 \pm 0,05$ единицы на 1 пациента) и «Долгожители» ($1,0 \pm 0,02$ единица на 1 пациента) имеют концевые дефекты и включенные дефекты зубных рядов, исключающие постановку мостовидных протезов.

Количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, приходящихся на одного человека в возрастной группе «Пожилые люди» самое значительное ($1,1 \pm 0,02$ единицы на 1 пациента). Это можно объяснить комбинированным рациональным протезированием с использованием несъемных конструкций (мостовидных протезов) и съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов. Количество аналогичных конструкций в возрастной группе старческого возраста ($0,9 \pm 0,6$ единицы на 1 пациента) и «Долгожители» ($0,7 \pm 0,09$ единицы на 1 пациента) незначительное, что объясняется их заменой на съемные протезы при полной потере зубов из-за ухудшения клинической ситуации.

Максимальное значение среднего количества изготовленных бюгельных протезов приходится на пациентов возрастной группы «Пожилые люди». Количество бюгельных протезов в возрастных группах «Пожилые люди» и старческого возраста приблизительно одинаковое ($0,5 \pm 0,08$ и $0,4 \pm 0,06$ единицы на одного пациента соответственно), что можно объяснить комбинированным рациональным протезированием с использованием несъемных ортопедических конструкций (мостовидных протезов) и более дешевых съемных пластиночных протезов. Незначительное преимущество у пациентов пожилого возраста можно объяснить лучшей сохранностью зубных рядов и наличием большего количества зубов. Количество аналогичных конструкций в возрастной группе «Долгожители» ($0,2 \pm 0,8$

единицы на 1 пациента) минимальное, что объясняется их заменой на съемные протезы при полной потере зубов в силу ухудшения клинической ситуации.

Максимальное количество съемных протезов при полной потере зубов приходится на одного человека возрастной группы «Долгожители» ($1,1 \pm 0,07$ единицы). Это можно объяснить полным отсутствием зубов у многих пациентов данной возрастной категории.

Проведенный анализ установленных ортопедических конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, показал, что выбор материала и метода их изготовления не зависит от возраста пациента.

Общее количество искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого возраста составило 1332 единицы, из которых металлических штампованных 306 единиц (23,0%) от общего количества коронок, изготовленных пациентам этой возрастной группы), металлических литых 360 единиц (27,0%), комбинированных металлокерамических 639 единиц (48,0%), керамических 27 единиц (2,0%).

Пациентам возрастной группы старческого возраста было изготовлено 1662 единицы искусственных коронок, из которых металлических штампованных 381 единица (22,9% от общего количества коронок, изготовленных пациентам этой возрастной группы), металлических литых 450 единиц (27,1%), комбинированных металлокерамических 798 единиц (48,0%), керамических 22 единицы (2,0%).

Искусственных коронок пациентам возрастной группы «Долгожители» было изготовлено 342 единицы, из которых металлических штампованных 78 единиц (22,8% от общего количества коронок, изготовленных пациентам этой возрастной группы), металлических литых 96 единиц (28,1%), комбинированных металлокерамических 162 единицы (47,4%), керамических 6 единиц (1,7%).

Общее количество мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого возраста, составило 680 единиц, из которых металлических паянных 150 единиц (22,5% от общего количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам этой

возрастной группы), металлических литых 190 единицы (27,7%), комбинированных металлокерамических 238 единицы (35,0%), керамических 102 единицы (15,0%).

Мостовидных протезов, изготовленных пациентам возрастной группы старческого возраста, составило 620 единиц, из которых металлических литых 136 единиц (21,9% от общего количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам этой возрастной группы), металлических литых 174 единицы (28,1), комбинированных металлокерамических 216 единиц (34,8%), керамических 94 единицы (15,2%).

Пациентам возрастной группы «Долгожители» было изготовлено 110 единиц мостовидных протезов, из которых металлических штампованно-паяных 24 единицы (21,8% от общего количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам этой возрастной группы), металлических литых 30 единиц (27,3%), комбинированных металлокерамических 40 единиц (36,4%), керамических 16 единиц (14,5%).

Сравнительный анализ дефектов ортопедических зубопротезных конструкций, подлежащих замене, у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся в медицинские организации за стоматологической ортопедической помощью, показал, что существенных различий в разных возрастных группах не выявлено.

Эстетическая несостоятельность в возрастной группе «Пожилые люди» составила 47,1%, в группе старческого возраста - 49,4% и у «Долгожителей» - 47,7%.

Незначительное увеличение эстетической несостоятельности в возрастной группе старческого возраста (49,4%) можно объяснить показателями структуры стоматологической заболеваемости, которые свидетельствуют о том, что наибольшее количество зубов, нуждающихся в лечении и установке искусственных коронок, а также пригодных в качестве опоры для мостовидного протеза, приходится на группу «Старые люди», а сам критерий оценки эстетической состоятельности чаще используется в оценке несъемных ортопедических зубопротезных конструкций,

максимальное количество которых приходится на возрастную группу старческого возраста. В возрастной группе «Пожилые люди» - 47,1%, у «Долгожителей» - 47,7%.

Критерий оценки стабилизационной состоятельности в целом и кламмерной состоятельности, в частности, применим в большей степени для оценки съемных зубопротезных конструкций. Стабилизационная несостоятельность в возрастной группе «Пожилые люди» составила 19,9%, в группе старческого возраста - 21,8% и у «Долгожителей» - 24,3%.

Тенденцию к увеличению недостатков, характеризующих стабилизационную несостоятельность от возрастной группы «Пожилые люди» - к возрастной группе «Долгожители» можно объяснить показателями структуры зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям. С возрастом происходит неизбежное усугубление клинической ситуации. В структуре зубопротезных конструкций уменьшается количество несъемных протезов: штифтовых вкладок на одного пожилого пациента приходится $3,5 \pm 0,08$ единицы, $2,8 \pm 0,04$ единицы - на одного пациента старческого возраста и $2,4 \pm 0,08$ единицы на одного долгожителя. Искусственных коронок - $3,3 \pm 0,08$; $3,5 \pm 0,04$ и $3,1 \pm 0,07$ единицы и мостовидных протезов – $1,7 \pm 0,08$; $1,3 \pm 0,05$ и $1,0 \pm 0,02$ единицы соответственно изучаемым группам.

Из-за увеличения протяженности дефектов зубных рядов происходит замена съемных протезов при частичной потере зубов - $1,1 \pm 0,02$ единицы приходится на одного пожилого пациента, $0,9 \pm 0,06$ единицы на пациента старческого возраста и $0,7 \pm 0,09$ единицы на долгожителя, на съемные протезы при полной потере зубов - $0,4 \pm 0,04$ единицы на пожилого пациента, $0,7 \pm 0,05$ единиц на одного пациента старческого возраста и $1,1 \pm 0,07$ на долгожителя. Аналогичная тенденция наблюдается при анализе установленных бюгельных протезов – $0,5 \pm 0,08$, $0,4 \pm 0,06$ и $0,2 \pm 0,08$ единицы соответственно изучаемым группам.

Важно отметить, что в возрастной группе «Долгожители» значительное количество съемных зубопротезных конструкций составляют съемные протезы при

полной потере зубов, не имеющие дополнительных кламмерных элементов фиксации, а в возрастной группе старческого возраста преобладают съемные протезы при частичной потере зубов с опорными и опорно-удерживающими кламмерами, чем и объясняется обратная тенденция к уменьшению количества недостатков, характеризующих кламмерную несостоятельность от возрастной группы «Пожилые люди» к возрастной группе «Долгожители».

Окклюзионная несостоятельность была отмечена в 29,9% случаев среди пациентов возрастных групп «Пожилые люди» и пациенты старческого возраста и 35% в возрастной группе «Долгожители». Увеличение количества недостатков, характеризующих окклюзионную несостоятельность, можно объяснить преобладанием в данной возрастной группе съемных протезов при полной потере зубов, изготовленных низко технологическим способом, предполагающим наличие погрешностей при их изготовлении.

Анализ причин, побудивших пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратиться за повторной стоматологической ортопедической помощью показал, что в преобладающем большинстве случаев во всех возрастных группах мотивом для обращения стало усугубление клинической ситуации, повлекшее за собой несостоятельность имеющихся протезов. В меньшей степени причинами для обращения стали поломки зубопротезных конструкций, вероятно, это результат ошибок в их планировании и изготовлении.

Проведенный анализ установленных зубопротезных конструкций, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, показал, что выбор материала и способа изготовления протеза во многом определяется таким социальным фактором, как среднемесячный доход. Это, в свою очередь, во многом зависит от трудовой занятости, приносящей доход, и возможности получения дополнительной финансовой поддержки от членов семьи, в которой пациент проживает.

Анализ зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям, обратившихся в отделения ортопедической стоматологии медицинских организаций стоматологического профиля, выявил следующие данные: всего изготовлено 765 коронок искусственных металлических штампованных, при этом 536 коронок (70%) установлено пациентам первой социальной группы, уровень доходов которых был определен ими самостоятельно как низкий, 225 коронок (29,5%) пациентам второй социальной группы со средним уровнем ежемесячного дохода, 4 коронки (0,5%) пожилым людям третьей социальной группы с высоким уровнем ежемесячного дохода.

Пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 906 искусственных металлических литых коронок, из них 91 коронка (10%) пациентам первой социальной группы, 661 коронка (73,0%) - пациентам второй социальной группы и 154 коронки (17,0%) пожилым людям третьей социальной группы.

Искусственных комбинированных металлокерамических коронок пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и зафиксировано 1599 единицы, из них 160 коронок (10%) пациентам первой социальной группы, 895 коронок (56,0%) - пациентам второй социальной группы и 544 коронки (34,0%) - пожилым людям третьей социальной группы.

Искусственных керамических коронок пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и зафиксировано 66 единицы, при этом пациентам первой социальной группы керамические коронки не изготавливались, 1 керамическая коронка (1,5%) зафиксирована пациентам второй социальной группы и 65 коронок (98,5%) - пациентам третьей социальной группы.

Мостовидных металлических паянных протезов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 310 единиц, пациентам первой социальной группы установлено 279 единиц (90,0%), 31 протез (10,0%) - пациентам второй социальной группы и ни одного протеза пациентам третьей социальной группы.

Мостовидных металлических литых протезов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 394 единицы, пациентам первой социальной группы установлено 32 протеза (8,0%), 311 протезов (79,0%) пациентам второй социальной группы и 51 протез (13,0%) пациентам третьей социальной группы.

Комбинированных металлокерамических мостовидных протезов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям изготовлено 494 единицы, пациентам первой социальной группы установлено 59 единиц (12,0%), 336 протезов (68,0%) - пациентам второй социальной группы и 99 протезов (20,0%) - пациентам третьей социальной группы.

Мостовидных керамических протезов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 66. Пациентам первой социальной группы они не изготавливались. В то же время 5 протезов (2,4%) установлены пациентам второй социальной группы и 207 протезов (97,6%) - пациентам третьей социальной группы.

В части съемного протезирования пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено и наложено 957 съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, из них пациентам первой социальной группы 459 единиц (48,0%), 383 протеза (40,0%) - пациентам второй социальной группы и 115 протезов (12,0%) - пациентам третьей социальной группы.

Бюгельных протезов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 404 единицы, пациентам первой социальной группы такие протезы не изготавливались, 121 протез (30,0%) установлен пациентам второй социальной группы и 283 протеза (70,0%) - пациентам третьей социальной группы.

Съемных пластиночных протезов при полной потере зубов пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 720 единиц, в т.ч. пациентам первой социальной группы 193 единицы (26,8%), 418 протезов (58,0%)

пациентам второй социальной группы и 109 протезов (15,2%) - пациентам третьей социальной группы.

В результате проведенного комплексного исследования было установлено, что наибольшее влияние на качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей оказывает наличие дефекта зубного ряда. Пациенты с концевыми дефектами и дефектами, включенными в боковые отделы зубных рядов, имеют низкие показатели качества жизни, связанные с функциональными нарушениями зубочелюстной системы. Пациенты, имеющие дефекты передних отделов зубных рядов, также имеют низкие показатели качества жизни, но связанные с эстетическими нарушениями, ограничивающими общественную жизнь. Наихудшие показатели качества жизни демонстрируют пациенты с полным отсутствием зубов. Низкое качество их жизни наглядно демонстрируют функциональные и социальные индикаторы опросника.

Показатели оценки качества жизни существенно улучшились у всех пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, тогда как внутри групп значимой статистической разницы обнаружено не было. Несколько выше прирост показателей качества жизни у пациентов с дефектами зубных рядов в переднем отделе, ниже прирост показателей качества жизни у пациентов с полным отсутствием зубов. Можно сделать вывод, что наличие дефекта зубного ряда имеет существенное значение в определении качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью, а вид дефекта существенного значения не имеет.

Вид зубопротезной конструкции является одним из основных факторов, определяющих качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей. Пациенты, имеющие несъемные протезы, демонстрируют более высокие показатели качества жизни, а пациенты со съемными конструкциями – наихудшие показатели качества жизни. Пациенты, протезирование которых было

осуществлено съёмно-несъёмными ортопедическими конструкциями по качеству жизни, демонстрируют срединное положение.

Качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с несъёмными протезами показывают лучшие показатели прироста качества жизни, чем пациенты со съёмными и съёмно-несъёмными конструкциями.

Эстетичность зубопротезных конструкций также влияет на качество жизни стоматологических пациентов. На эстетичность конструкции реагируют социальные индикаторы опросника. Пациенты пожилого и старческого возраста показывали более высокие показатели роста качества жизни.

Социальные факторы жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей также оказывают влияние на качество жизни. Пациенты, продолжающие осуществлять трудовую деятельность, проживающие в семьях, имеющие средний и высокий уровень среднемесячного дохода, ведущие активный образ жизни, изначально имели более высокие показатели качества жизни, чем люди не работающие, с низким достатком, одинокие и вынужденные вести пассивный образ жизни. Прирост показателей качества жизни сохранил обозначенную тенденцию. В наибольшей степени качество жизни улучшилось у работающих пенсионеров с высоким среднемесячным доходом, проживающих в семьях и ведущих активный образ жизни.

После проведенного стоматологического ортопедического лечения качество жизни всех пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей существенно улучшилось, о чем свидетельствует структура ответов ОНIP-14-RU, а именно увеличение ответов «никогда» с 4,94% до 22,70%, увеличение ответов «почти никогда» с 6,42% до 42,24%, существенно уменьшилось количество ответов «очень часто» с 34,36% до 6,46%. Сумма баллов анкеты уменьшилась в среднем на 30,7%.

Таким образом, в структуре стоматологической ортопедической заболеваемости у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей преобладает полное отсутствие зубов - 360 человек (36,0%). Односторонние концевые дефекты зубных

рядов диагностированы у 260 человек, (26,0%), из которых 83 (8,3%) человека дополнительно имели один включенный дефект, 106 человек (10,6%) - два и 71 человек (7,1%) - три включенных дефекта. Включенные дефекты боковых отделов зубных рядов беспокоили 200 человек, (20,0%), из которых 82 (8,2%) человека дополнительно имели, 58 человек (5,8%) – два и 60 человек (6,0%) – три включенных дефекта. Двухсторонние концевые дефекты зубных рядов (Кеннеди 1) имелись у 120 человек (12,0%), из которых 27 (2,7%) человек дополнительно имели один включенный дефект, 51 (5,1%) человек – два и 42 (4,2%) человека – три включенных дефекта. Дефекты передних отделов зубных рядов (Кеннеди 4) диагностированы у 60 (6,0%) человек.

Подробный структурный анализ ортопедических конструкций, установленных обозначенным пациентам, выявил, что всего пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям было изготовлено 6827 ортопедических конструкций: 3336 искусственных коронок, 1410 мостовидных протезов, 2081 съемных ортопедических конструкций. Из которых 957 единиц (46,0%) установлено съемных частичных пластиночных протезов, 404 единицы (19,4%) составили бюгельные протезы и 720 единиц (34,6%) поставлено полных съемных пластиночных протезов.

В ходе проводимого исследования была выявлена закономерность между социальными факторами жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей и качеством жизни указанной группы пациентов. Пожилые люди, продолжающие осуществлять трудовую деятельность, проживающие в семьях, имеющие средний и высокий уровень среднемесячного дохода, ведущие активный образ жизни изначально имели более высокие показатели качества жизни, чем люди не работающие, с низким достатком, одинокие и вынужденные вести пассивный образ жизни. В наибольшей степени качество жизни улучшилось у работающих пенсионеров с высоким среднемесячным доходом, проживающих в семьях и ведущих активный образ жизни, выбирающих для стоматологической реабилитации

эстетичные ортопедические конструкции, изготовленные высокотехнологическим способом, исключающим технологические погрешности.

ВЫВОДЫ

1. Сформирована доказательная база для обоснованного применения специализированного международного опросника «Oral Health Impact Profile» (OHIP-14) в валидированной русскоязычной версии «Степень влияния стоматологического здоровья» OHIP-14-RU при планировании, диагностике, лечении и стоматологической ортопедической реабилитации пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей.

2. Наиболее частой стоматологической ортопедической патологией у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей является полное отсутствие зубов (36,6%), частичное отсутствие зубов с односторонними концевыми (26,6%) и включенными дефектами боковых отделов зубных рядов (20,0%), достоверно реже выявляются двухсторонние концевые дефекты (12,0%) и дефекты передних отделов зубных рядов (6,0%).

3. С возрастом происходит неизбежное усугубление клинической ситуации. В структуре установленных зубопротезных конструкций достоверно уменьшается количество несъемных протезов и увеличивается количество съёмных. Из-за увеличения протяженности дефектов зубных рядов происходит замена съёмных протезов при частичной потере зубов на съёмные протезы при полной потере зубов.

4. Технологическая оценка зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям достоверно показала, что в процессе их лечения используются все виды зубопротезных конструкций, а выбор материала и метода их изготовления не зависит от возраста пациента.

5. Обращение пациентов за повторной стоматологической ортопедической помощью в большинстве случаев во всех возрастных группах связано с усугублением клинической ситуации, повлекшим за собой несостоятельность имеющихся протезов.

Эстетическая несостоятельность имела место у 47,1% пожилых людей, 49,4% людей старческого возраста и у 47,7% долгожителей; стабилизационная несостоятельность – 19,9%, 21,8%, 24,3%; клammerная несостоятельность – 14,7%, 13,7%, 10,8%; окклюзионная несостоятельность – 29,9%, 29,9% и 35,10%, соответственно, изучаемым группам.

6. Выбор метода, материала и технологии изготовления зубного протеза для пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей напрямую определяется социально-экономическими факторами (среднемесячный доход, трудовая занятость, приносящая доход, финансовая поддержка семьи и др.). Пожилым пациентам с высоким среднемесячным доходом достоверно чаще изготавливаются высокотехнологичные зубопротезные конструкции.

7. На качество жизни людей пожилого, старческого возраста и долгожителей по индексу «Степень влияния стоматологического здоровья, 14» ОНIP-14-RU достоверно оказывают влияние такие факторы как: наличие дефекта зубного ряда, вид зубопротезной конструкции, ее функциональность и эстетичность, социальные факторы, отражающие трудовую занятость, семейное положение, размер среднемесячного дохода, свободное времяпровождение. Качество жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей после стоматологического ортопедического лечения достоверно улучшается на 30,7%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В целях улучшения качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей необходимо:

1. Руководителям стоматологических медицинских организаций и врачам стоматологам-ортопедам следует включить в план диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий оценку качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической ортопедической помощью, с помощью международного специализированного опросника ОНП-14-RU.

1.1. С целью включения опросника по изучению качества жизни ОНП-14-RU в план медицинских мероприятий рекомендуется создать специализированный вкладыш к медицинской карте.

1.2. Для заполнения опросника по изучению качества жизни ОНП-14-RU привлечь средний медицинский персонал и создать комфортный психологический климат, способствующий позитивному настрою на проводимое стоматологическое лечение.

1.3. Результаты измерения качества жизни рекомендуется использовать в качестве субъективной оценки эффективности проведенного стоматологического лечения.

2. Включить оценку качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в план диагностических мероприятий, как скрининговую методику при массовых обследованиях пожилых людей в период диспансеризации. В случаях выявления низкого качества жизни по сравнению со средневозрастными популяционными значениями необходимо назначить и

провести весь спектр лечебно-диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий.

3. Использовать результаты измерения качества жизни для формирования медико-социальных групп, состоящих из людей пожилого и старческого возраста, для создания программ социальной поддержки данной категории пациентов, с целью обеспечения их необходимой медицинской стоматологической помощью.

4. Включить курс изучения качества жизни пациентов в программу обучения медицинских ВУЗах и медицинских колледжах.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

При дальнейшей разработке темы предлагаемой диссертационной работы возможно расширение изучения использования хорошо зарекомендовавшего себя международного специализированного опросника «Степень важности стоматологического здоровья, 14» (The Oral Health Impact Profile, OHIP-14-RU) у *детей и пациентов молодого и среднего возраста*. Это позволит провести глубокий и всесторонний анализ стоматологической заболеваемости у данных групп населения, выявить возможные взаимосвязи между стоматологической заболеваемостью, социальными факторами и качеством их жизни. Обобщение полученных результатов позволит внедрить международный специализированный опросник в план диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий у *детей и пациентов молодого и среднего возраста*, обратившихся за квалифицированной стоматологической помощью, как скрининговой методики, при массовых обследованиях в период диспансеризации. В случаях выявления низкого качества жизни по сравнению со средневозрастными популяционными значениями появится необходимость сформировать и реализовать план лечебно-диагностических и реабилитационных стоматологических мероприятий, с целью раннего выявления стоматологической заболеваемости и профилактики низкого качества жизни, связанного со стоматологическим здоровьем в пожилом и старческом возрасте.

Помимо оптимизации оказания диагностической, лечебной и реабилитационной деятельности, возможно использовать результаты измерения качества жизни для формирования медико-социальных групп, состоящих *из детей, людей молодого и среднего возраста*, для создания программ социальной поддержки, с целью обеспечения социально уязвимых групп населения необходимой квалифицированной медицинской стоматологической помощью.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

И - искусственный зуб.

индекс КПУ – сумма кариозных (К) и пломбированных полостей (П) во временных и постоянных зубах, а также удаленных (У) постоянных зубов.

К - коронка

О – отсутствующий зуб

П - пломба

РФ – Российская Федерация

У - ущерб

А - пародонтит

С - кариес зуба

Р - пульпит зуба

Pt - периодонтит

Р – корень зуба

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адашкина, Н. Ю. Возрастные особенности эпидемиологии и клиники пульпита и эффективность его лечения с помощью импульсных лазеров : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.53 / Адашкина Наталья Юрьевна. – Санкт-Петербург, 2005. – 24 с.
2. Акперли, Л. Б. К. Профилактика осложнений съемного зубного протезирования и связанные с ней изменения в полости рта и качества жизни / Л. Б. К. Акперли, Н. А. К. Гурская, Л. Г. К. Бакирова // European research. – 2017. – № 3 (26). – С. 72–74.
3. Акриловые стоматологические базисные материалы / Ф. Ф. Егоров, А. В. Киртаева, Н. С. Фёдорова, Н. Ю. Уруков // Проблемы стоматологии и их решение : материалы юбилейной конференции. – Чебоксары : Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова, 2010. – С. 23–25.
4. Актуальные вопросы геронтостоматологии в России на современном этапе / В. В. Самсонов, А. К. Иорданишвили, Л. Н. Солдатова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 540–543.
5. Алимский, А. В. Геронтостоматология: настоящее и перспективы / А. В. Алимский // Стоматология для всех. – 1999. – № 1. – С. 29–31.
6. Алимский, А. В. Обеспечение ортодонтической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов / А. В. Алимский // Стоматология для всех. – 2001. – № 1. – С. 31.
7. Алимский, А. В. Особенности распространения заболеваний пародонта среди лиц пожилого и преклонного возраста Москвы и Подмосковья / А. В. Алимский, В. С. Вусатый, В. Ф. Прикулс // Стоматология. – 2004. – № 1. – С. 55–57.
8. Алимский, А. В. К вопросу обеспечения ортопедической стоматологической помощью лиц преклонного возраста с полным отсутствием зубов, проживающих в Москве и Подмосковье / А. В. Алимский, В. С. Вусатый, В. Ф. Прикулс // Стоматология. – 2004. – № 4. – С. 72.

9. Алимский, А. В. Медико-социальные и организационные аспекты современной геронтостоматологии / А. В. Алимский, В. С. Вусатый, В. Ф. Прикулс // Российский стоматологический журнал. – 2004. – № 2. – С. 38–40.
10. Алимский, А. В. Стоматологическая помощь населению пожилого возраста / А. В. Алимский // Руководство по геронтологии. – Москва, 2005. – С. 681–699.
11. Алимский, А. В. Принципы организации и оказания стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста врачом-стоматологом общей практики / А. В. Алимский, О. А. Зуева // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2006. – № 3. – С. 85–86.
12. Алимский, А. В. Геронтостоматология: (эпидемиологические, социальные и организационные аспекты) / А. В. Алимский. – Москва : Медицинская книга, 2012. – 371 с.
13. Анализ качества жизни пациентов пожилого возраста со съёмными ортопедическими конструкциями на этапе реабилитации / К. А. Ершов, А. В. Севбитов, А. А. Шакарьянц, А. Е. Дорофеев // Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т. 21, № 5. – С. 285–287.
14. Анализ клинической эффективности цементов для постоянной фиксации зубных протезов / О. Г. Полянская, Т. Н. Климова, В. И. Шемонаев [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 41–44.
15. Анисимов, В. Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения / В. Н. Анисимов. – Санкт-Петербург : Наука, 2008. – 481 с.
16. Анисимов, В. Н. Эволюция концепций в геронтологии / В. Н. Анисимов, М. В. Соловьев. – Санкт-Петербург : Эскулап, 1999. – 128 с.
17. Арутюнян, М. Р. Результаты определения индекса фиксации съёмного протеза Улитовского-Леонтьева у пациентов с акриловыми и нейлоновыми протезами / М. Р. Арутюнян // Современные инновации. – 2016. – № 10 (16). – С. 38–39.
18. Архарова, О. Н. Значение критериев качества жизни для комплексного подхода к диагностике и лечению стоматологических заболеваний / О. Н. Архарова, А.

- Б. Нимаев, А. И. Хасянов // Клиническая стоматология. – 2015. – № 3 (75). – С. 62–66.
19. Арьева, Г. Т. Геронтостоматология – объективная реальность / Г. Т. Арьева, А. Л. Арьев // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14, № 7. – С. 3–8.
20. Арьева, Г. Т. Стоматологический континуум / Г. Т. Арьева, А. Л. Арьев // Пародонтология. – 2011. – Т. 16, № 4 (61). – С. 28–31.
21. Арьева, Г. Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей (часть 1) / Г. Т. Арьева // Пародонтология. – 2013. – Т. 18, № 2 (67). – С. 63–68.
22. Арьева, Г. Т. Стоматологический статус, стоматологическое здоровье и качество жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей (часть 2) / Г. Т. Арьева, А. Л. Арьев // Пародонтология. – 2013. – № 3. – С. 15–18.
23. Арьева, Г. Т. Стоматологическое тестирование в гериатрии с использованием специализированных опросников: состояние вопроса / Г. Т. Арьева // Российский семейный врач. – 2013. – Т. 17, № 3. – С. 50–52.
24. Аттаева, Л. Ж. Повышение эффективности управления учреждением здравоохранения (социально-психологические аспекты) : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.33 / Аттаева Лейла Жамаловна. – Москва, 2009. – 163 с.
25. Аттия, М. А. Эмбриогенез и возрастные изменения желез слизистых оболочек ротовой полости у человека : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 00.23 / Аттия Мухамед Абд эль-Азиз. – Одесса, 1972. – 242 с.
26. Балалаева, Н. М. Потребность в зубном протезировании у лиц пенсионного возраста / Н. М. Балалаева, Д. В. Лямин, С. Н. Овчинников // Стоматология XXI века. Клиническая пародонтология: материалы V Всероссийского конгресса. – Пермь, 2005. – С. 14–16.

- 27.Балуева, Е. С. Оптимизация оказания стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.30 / Балуева Екатерина Станиславовна. – Самара, 2013. – 24 с.
- 28.Балуева, Е. С. Медико-социологическое исследование мнений пациентов старшего возраста об организационных формах оказания стоматологической помощи / Е. С. Балуева, Н. О. Захарова, Д. А. Трунин // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. – № 48. – С. 53–55.
- 29.Баркан, И. Ю. Повышение эффективности ортопедического лечения больных при полном отсутствии зубов и сложных анатомических условиях на нижней челюсти посредством модифицированной конструкции протеза : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Баркан Ирина Юрьевна. – Омск, 2005. – 24 с.
- 30.Безруков, В. М. Совершенствование организации ортопедической стоматологической помощи населению пожилого и старческого возраста : (пособие для врачей) / В. М. Безруков, А. В. Алимский, Г. Н. Апресян. – Москва, 2003. – 24 с.
- 31.Белоклицкая, Ф. Пародонтологический статус людей пожилого и старческого возраста / Ф. Белоклицкая, Э. М. Павленко // Современная стоматология. – 2013. – № 2 (66). – С. 117.
- 32.Белушкина, Н. Н. Персонализированная медицина и организация гериатрической помощи населению / Н. Н. Белушкина, А. С. Чемезов, М. А. Пальцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 227–230.
- 33.Биометрические методы. Статистическая обработка опытных данных в биологии, сельском хозяйстве и медицине / под редакцией В. Ю. Урбах. – Изд. 2, перераб. и доп. – Москва : Издательство АН СССР, 1964. – 418 с.

34. Бирбаев, Ж. Б. Частота отсутствия зубов, характер аномалий и деформаций, качество зубных протезов у населения республики Бурятия, нуждаемость в ортопедической и ортодонтической помощи : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Бирбаев Жаргал Батоевич. – Омск, 2001. – 21 с.
35. Бобкова, И. Л. Анализ причин депульпирования зубов у взрослых пациентов / И. Л. Бобкова, С. Е. Синдикевич, Л. В. Прохорова // Актуальные вопросы медицинской профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний : сборник статей международной научно-практической конференции 2-й кафедры терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет». – Минск, 2019. – С. 13–16.
36. Бобунов, Д. Н. Медико-организационные факторы оценки осложнений зубного протезирования у лиц старших возрастных групп : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14, 14.02.03 / Бобунов Дмитрий Николаевич. – Санкт-Петербург, 2014. – 24 с.
37. Бойко, В. В. Менталитет врача-пациента: аспекты психологии и этики / В. В. Бойко // Институт стоматологии. – 2002. – № 2. – С. 11–13.
38. Бойко, В. В. Руководство зуботехническим производством: маркетинговые и психологические проблемы / В. В. Бойко, М. В. Шлыков // Труды 11 съезда Стоматологической Ассоциации и 8 съезда стоматологов России. – Москва, 2006. – С. 252–255.
39. Бойцов, В. Нормативные документы ЕАЭС учитывают лучшие международные практики / В. Бойцов // Российская газета. – 2015. – Спецвып. № 6676 (105).
40. Борисенко, Л. Г. Анализ обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь / Л. Г. Борисенко // Медицинский журнал. – 2006. – № 4. – С. 32–34.
41. Борисенко, Л. Г. Современная геронтостоматология : монография / Л. Г. Борисенко. – Минск : БГМУ, 2006. – 171 с.

- 42.Борисенко, Л. Г. Эффективность лечения заболеваний периодонта в пожилом возрасте / Л. Г. Борисенко // Актуальные вопросы профилактики, диагностики и лечения стоматологических заболеваний : сборник научных трудов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 20-летию 2-й кафедры терапевтической стоматологии УО «Белорусский государственный медицинский университет» и юбилею профессора Леуса Петра Андреевича / под общей редакцией Т. Н. Манак, Л. Г. Борисенко. – Минск, 2018. –С. 42–45.
- 43.Боярова, С. К. Распространение патологических процессов в тканях пародонта у пациентов пожилого возраста / С. К. Боярова // Пародонтология. – 2011. – Т. 16, № 4 (61). – С. 32–37.
- 44.Братусь, Б. С. Смысловая вертикаль сознания личности / Б. С. Братусь // Вопросы философии. – 1999. – № 11. – С. 81–89.
- 45.Буляков, Р. Т. Изучение качества жизни у пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней тяжести / Р. Т. Буляков, Р. И. Сабитова, О. А. Гуляева // Проблемы стоматологии. – 2012. – № 6. – С. 12–16.
- 46.Вагнер, В. Д. Уровни принятия и исполнения решений и их роль в организации стоматологической службы / В. Д. Вагнер, В. К. Леонтьев // Стоматология. – 1998. – № 4. – С. 59–60.
- 47.Валидация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести / Г. М. Барер, К. Г. Гуревич, В. В. Смирнягина, Е. Г. Фабрикант // Стоматология. – 2007. – Т. 86, № 5. – С. 27–30.
- 48.Василенко, Н. Ю. Социальная геронтология / Н. Ю. Василенко. – Владивосток : Издательство Дальневосточного университета, 2007. – 250 с.

- 49.Вашурин, И. В. Качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью, нуждающихся в стоматологическом ортопедическом лечении / И. В. Вашурин, В. Д. Вагнер, К. Г. Гуревич // Институт стоматологии. – 2011. – № 1. – С. 66–67.
- 50.Веденева, Е. В. Влияние восприятия состояния собственного здоровья пациентами на их качество жизни / Е. В. Веденева, К. Г. Гуревич, В. Д. Вагнер // Философские проблемы биологии и медицины. – 2009. – № 3. – С. 431–433.
- 51.Веденева, Е. В. Эстетические дефекты полости рта: эпидемиология и социальное значение / Е. В. Веденева, К. Г. Гуревич, В. Д. Вагнер // Российская стоматология. – 2009. – № 1. – С. 17–21.
- 52.Виллерсхаузен-Ценхен, Б. Изменения тканей ротовой полости в пожилом возрасте / Б. Виллерсхаузен-Ценхен, С. Гляйснер // Клиническая стоматология. – 2000. – № 3. – С. 58–63.
- 53.Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / А. К. Иорданишвили, Е. А. Веретенко, Л. Н. Солдатова [и др.] // Институт стоматологии. – 2014. – № 4 (65). – С. 28–34.
- 54.Влияние метода фиксации полных съемных протезов на эффективность пользования и психофизиологический статус людей пожилого и старческого возраста / Е. А. Веретенко, Л. Н. Солдатова, В. В. Лобейко [и др.] // Стоматология для всех. – 2014. – № 4. – С. 8–14.
- 55.Возможность применения опросников для изучения качества жизни при частичном отсутствии зубов / Д. М. Бекметова, И. Ю. Лебеденко, К. Г. Гуревич [и др.] // Российский стоматологический журнал. – 2011. – № 2. – С. 46–48.
- 56.Возный, А. В. Научное обоснование совершенствования организации стоматологической ортопедической помощи населению (на примере Тюменской области) : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.00.33 / Возный Александр Викторович. – Москва, 2008. – 42 с.

57. Возрастные особенности распространенности хронических периапикальных очагов одонтогенной инфекции у взрослых людей / А. К. Иорданишвили, А. Г. Слугина, Д. В. Балин, А. А. Сериков // Человек и его здоровье. – 2015. – № 2. – С. 23–28.
58. Вопросы геронтостоматологии в эпоху рыночных отношений / В. М. Безруков, В. К. Леонтьев, А. В. Алимский [и др.] // Медицинские и социальные вопросы в геронтологии. – Самара, 1998. – С. 118–119.
59. Вопросы качества жизни в ортопедической стоматологии / А. А. Кулаков, Ю. И. Климашин, С. Н. Андреева, К. Н. Руденко // Стоматология для всех. – 2006. – № 3. – С. 4–5.
60. Воробьева, А. В. Геронтология в стоматологии / А. В. Воробьева // Медсестра. – 2019. – № 6. – С. 13–16.
61. Гажва, С. И. Качество жизни пациентов с эрозивно-язвенными заболеваниями слизистой оболочки полости рта / С. И. Гажва, О. С. Хахилева, Т. П. Горячева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 7. – С. 44–46.
62. Ганисик, А. В. Анализ мнения врачей стоматологов-ортопедов о путях оптимизации адаптации к съемным ортопедическим конструкциям / А. В. Ганисик, О. И. Заводов, В. П. Музалевский // Scientist (Russia). – 2019. – № 3 (9). – С. 14.
63. Герасимова, Л. И. Анализ результативности амбулаторно-поликлинической службы / Л. И. Герасимова, Р. С. Матвеев, В. Н. Викторов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2013. – № 1. – С. 52–55.
64. Геронтопародонтология. Предпосылки к формированию нового направления в стоматологии / С. В. Крайнов, В. Ф. Михальченко, А. Т. Яковлев [и др.] // Успехи современной науки и образования. – 2016. – Т. 3, № 9. – С. 167–169.
65. Геронтостоматология / И. М. Пейсахович, М. Л. Заксон, Г. Д. Овруцкий [и др.]. – Киев : Здоров'я, 1973. – 192 с.

66. Гилева, О. С. Консервативно-профилактическая стоматология: современные тренды развития / О. С. Гилева // Пермский медицинский журнал. – 2018. – Т. 35, № 6. – С. 61–72.
67. Гилева, О.С. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О.С. Гилева // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. - Т.6, № 3. - С. 6-11.
68. Гилева, О.С. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни “Профиль влияния стоматологического здоровья“ ОНIP-49-RU / О.С. Гилева // Уральский медицинский журнал. - 2009. - №8. - С.104
69. Гринин, В. М. Особенности обращаемости за стоматологической помощью лиц пожилого и старческого возраста в условиях многопрофильной поликлиники / В. М. Гринин, З. М. Абаев, С. С. Афанасьева // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2014. – Т. 9, № 3. – С. 61–66.
70. Гринин, В. М. Анализ причин и целей обращений населения за терапевтической и ортопедической стоматологической помощью в условиях стоматологического рынка / В. М. Гринин, Н. Н. Предтеченский // Стоматология для всех. – 2020. – № 1. – С. 32.
71. Гринин, В.М. Совершенствование стоматологической диспансеризации пациентов старших возрастных групп / В.М. Гринин, А.С. Кожокар, А.Е. Братусь // Стоматология. - 2023. - Т. 102, № 3. - С. 55-60.
72. Гуревич, К. Г. Здоровье. Качество жизни в стоматологии / К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант // Зубной протез и здоровье : сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – Москва, 2004. – С. 20.
73. Демина, Н. А. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.04 / Демина Надежда Александровна. – Москва, 1999. – 20 с.

74. Динамика качества жизни на этапах ортопедической реабилитации больных с включенными дефектами зубных рядов / Л. Р. Бекижева, Е. С. Хлутков, Е. Е. Никончук [и др.] // *Стоматология*. – 2012. – № 5. – С. 66 – 67.
75. Динамика показателей «качество жизни» по опроснику MOS SF-36 в субъективной оценке эффективности лечения больных с деформациями зубных рядов / Н. В. Лапина, Е. Е. Олесов, Е. Ю. Хавкина [и др.] // *Российский стоматологический журнал*. – 2011. – № 6. – С. 42–44.
76. Дорошина, В. Ю. Стоматологический статус пациентов в зависимости от их гендерных и возрастных характеристик / В. Ю. Дорошина, Э. Г. Маргарян, М. Г. Аракелян // *Стоматология*. – 2017. – Т. 96, № 3. – С. 11–13.
77. Дюмеев, Р. М. Оптимизация лечебно-профилактических мероприятий у малоимущих лиц с вторичной адентией / Р. М. Дюмеев, А. И. Булгакова, Д. М. Исламова // *Казанский медицинский журнал*. – 2015. – Т. 96, № 4. – С. 549–553.
78. Егиазарян, К. А. Проблемы интеллектуального и нравственного менеджмента здравоохранения / К. А. Егиазарян, Л. Ж. Атнаева // *Проблема стандартизации в здравоохранении*. – 2013. – № 7–8. – С. 58–62.
79. Емельянова, Т. В. Клиническая оценка качества несъемных зубных протезов у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, обратившихся за стоматологической помощью в различные лечебные учреждения г. Москвы / Т. В. Емельянова, И. Ю. Лебедеко // *Российский стоматологический журнал*. – 2013. – № 5. – С. 23–26.
80. Ершов, К. А. Психоэмоциональный статус как основа успешного протезирования беззубых челюстей у беззубых пациентов / К. А. Ершов // *Международный научно-исследовательский журнал*. – 2016. – № 7–3 (49). – С. 60–62.
81. Жмудь, М. В. Клиническое течение и лечение слюннно-каменной болезни у людей пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на

- соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Жмудь Максим Владимирович. – Санкт-Петербург, 2015. – 28 с.
82. Закон, М. Л. Ортопедическая геронтостоматология / М. Л. Закон, М. И. Пясецкий, В. И. Козлюк. – Киев : Здоров'я, 1986. – 115 с.
83. Значение стоматологического здоровья для качества жизни / В. Д. Вагнер, К. Г. Гуревич, М. В. Пешков, О. Н. Архарова // Проблемы стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 21–25.
84. Зозуля, Т. В. К проблеме профилактики психических расстройств пожилого возраста / Т. В. Зозуля // Психология зрелости и старения. – 2000. – № 2 (10). – С. 115–123.
85. Золотарева, О. В. Вопросы организации стоматологической помощи лицам пожилого и старческого возраста, госпитализированным в многопрофильные стационары = Questions of the organization of dental care to the elderly and old patients, hospitalized in a multi-field hospitals / О. В. Золотарева, И. В. Духанина // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 3. – С. 23–27.
86. Зорян, Е. В. Критерии выбора местного обезболивания и седации для пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в стоматологической практике / Е. В. Зорян, С. А. Рабинович // Клиническая стоматология. – 2017. – № 1 (81). – С. 34–39.
87. Зоткин, Н. В. Физиологические изменения, связанные с нормальным старением и работа с пожилыми людьми / Н. В. Зоткин // Психология старости и старения : хрестоматия / составители О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. – Москва, 2003. – С. 378–383.
88. Изучение частоты применения зубопротезных конструкций, установленных пациентам пожилого и старческого возраста, в структуре стоматологической ортопедической помощи / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова, В. Н. Викторов, Н. Р. Салеев // Клиническая стоматология. – 2022. – Т. 25. № 2. – С. 120–125.

- 89.Иорданишвили, А. К. Стомалгии у людей пожилого и старческого возраста: диагностика, классификация и оценка эффективности лечения / А. К. Иорданишвили, Д. А. Либих, Г. А. Рыжак // Институт стоматологии. – 2013. – № 2 (59). – С. 50–53.
- 90.Иорданишвили, А. К. Анализ лечебно-диагностических мероприятий при заболеваниях слюнных желез в условиях многопрофильного стационара / А. К. Иорданишвили, В. В. Лобейко, Л. А. Подберезкина // Кафедра. Стоматологическое образование. – 2014. – № 50. – С. 52–54.
- 91.Иорданишвили, А. К. Возрастные особенности этиологии и клинического течения повышенной стираемости твёрдых тканей зубов у взрослого человека / А. К. Иорданишвили, В. В. Янковский, А. А. Сериков // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 2. – С. 33–40.
- 92.Иорданишвили, А. К. Геронтостоматология : учебное пособие / А. К. Иорданишвили. – Санкт-Петербург : Человек, 2015. – 214 с.
- 93.Иорданишвили, А. К. Опыт внедрения системы оценки качества медицинской помощи в отделениях терапевтической стоматологии ведомственных организаций при консервативном лечении пульпита и периодонтита / А. К. Иорданишвили, И. Б. Салманов, Г. Н. Клыпина [и др.] // Медицинский вестник МВД. – 2015. – Т. LXXVIII, № 5. – С. 57–64.
- 94.Иорданишвили, А. К. Распространенность и возрастные особенности клинического течения эрозии твёрдых тканей зуба у людей пожилого и старческого возраста / А. К. Иорданишвили, К. О. Дробкова, В. В. Янковский // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2015. – № 4 (201). – С. 228–234.
- 95.Иорданишвили, А. К. Личностное реагирование на болезнь при парестезии слизистой оболочки полости рта = Personal

- responsetodiseaseatparesthesiaoralmucosa / А. К. Иорданишвили // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 1. – С. 121–127.
96. Использование стоматологических измерений качества жизни / Г. М. Барер, К. Г. Гуревич, В. В. Смирнягина, Е. Г. Фабрикант // Стоматология для всех. – 2006. – № 2. – С. 4–7.
97. Исследование стоматологического статуса пожилого населения г. Самары / А. Н. Пак, Р. М. Рахимов, С. В. Блинов [и др.] // Экология и внутренние болезни. – 2010. – Т. 12, № 1 (6). – С. 1625–1627.
98. История становления этического регулирования биомедицинских исследований в государствах-участниках СНГ / О. И. Кубарь, Г. Л. Микиртичан, А. Е. Никитина [и др.] // Качественная клиническая практика. – 2016. – № 3. – С. 49–55.
99. К оценке амбулаторно-поликлинической помощи лицам пожилого и старческого возраста / З. А. Гитинова, Р. Г. Магомедов, А. К. Алиев, Р. С. Шамсудинов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 101–103.
100. Калининская, А. А. Потребность в стоматологической ортопедической помощи / А. А. Калининская, В. Н. Сорокин, Б. В. Трифонов // Российский стоматологический журнал. – 2006. – № 6. – С. 47–49.
101. Калининкова, М. Качество жизни пожилых людей / М. Калининкова, М. Орликова // Историческая и социальнообразовательная мысль. – 2017. – Т. 9, № 3, ч. 2. – С. 108–119.
102. Камиева, Н. А. К вопросу возрастных изменений в полости рта у лиц пожилого возраста / Н. А. Камиева, Г. К. Каусова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 98–100.
103. Камиева, Н. А. К вопросу нуждаемости в зубном протезировании лиц пожилого возраста / Н. А. Камиева, Г. К. Каусова, С. Р. Рузуддинов // Вестник

- Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 4. – С. 41–45.
104. Камиева, Н. А. Управление стоматологической заболеваемостью у лиц пожилого возраста / Н. А. Камиева, Г. К. Каусова // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2018. – № 3. – С. 319–321.
105. Кан, В. В. Методы оценки качества жизни у пациентов стоматологического профиля / В. В. Кан, В. Ф. Капитонов, А. В. Лазаренко // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – № 10 (18). – С. 60.
106. Кананович, Т. Н. Проблема состояния тканей пародонта у лиц пожилого и старческого возраста / Т. Н. Кананович, И. Е. Воронина // Национальный медицинский университет им. А. А. Богомольца. – 2018. – № 1(90). – С. 30–34.
107. Кандейкина, Н. В. Оказание ортопедической помощи пациентам пожилого возраста с адентией методами непосредственной и ранней имплантации / Н. В. Кандейкина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2008. – Т. 10, № 10. – С. 449.
108. Карцев, А. А. Изучение спроса населения на ортопедическую стоматологическую помощь : социологический аспект : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Карцев Алексей Алексеевич. – Москва, 2006. – 22 с.
109. Кауниетис, С. М. Взаимодействие врачей-стоматологов с пожилыми пациентами: проблемы и пути решения / С. М. Кауниетис, М. З. Кауниетис, Е. Л. Давыдов // Сибирско-азиатский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : труды III Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием / главный редактор В. В. Алямовский ; ответственные редакторы: С. А. Овчинникова, Н. В. Тарасова. – Красноярск, 2019. – С. 144–149.
110. Кауниетис, С. М. Уровень знаний врачами-стоматологами в оказании помощи при неотложных терапевтических состояниях у лиц старших

- возрастных групп / С. М. Кауниетис, М. З. Кауниетис // Сибирско-азиатский стоматологический форум. Инновационные подходы к образованию, науке и практике в стоматологии : труды III Всероссийской научно-практической конференции с Международным участием / главный редактор В. В. Алямовский ; ответственные редакторы: С. А. Овчинникова, Н. В. Тарасова. – Красноярск, 2019. – С. 138–143.
111. Каусова, Г. К. Стоматологическая реабилитация лиц пожилого возраста – составная часть социальной реабилитации / Г. К. Каусова, Н. А. Камиева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2017. – № 4. – С. 131–134.
112. Качество жизни – один из критериев оценки эффективности лечения больных / Ю. О. Елькова, В. А. Мохова, М. М. Прудникова [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2006. – Т. 1, № 1. – С. 60–63.
113. Качество жизни пациентов с гальванозом полости рта / Т. Ф. Данилина, В. Н. Наумова, А. В. Жидовинов [и др.] // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 2. – С. 134–136.
114. Качество жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени и дефектами зубных рядов / Д. А. Осколкова, А. С. Косилова, Т. О. Плешакова [и др.] // Проблемы стоматологии. – 2013. – № 2. – С. 38–40.
115. Керимханов, К.А. Влияние акриловых зубных протезов на слизистую оболочку полости рта и содержание у их носителей антимикробных пептидов в слюне / К.А. Керимханов, М.Е. Малышев, А.К. Иорданишвили // Медицинский алфавит. - 2022. - № 34. - С. 7-13.
116. Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их

- лечения / С. В. Кирсанова, Э. А. Базилян, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант // Институт стоматологии. – 2007. – № 4(37). – С. 24–25.
117. Комаров, Ф. И. Соматическое и стоматологическое здоровье долгожителей / Ф. И. Комаров, Ю. Л. Шевченко, А. К. Иорданишвили // Экология и развитие общества. – 2016. – № 4 (19). – С. 51–55.
118. Комаров, Ф. И. Долгожительство: ремарки к патологии зубов и пародонта / Ф. И. Комаров, Ю. Л. Шевченко, А. К. Иорданишвили // Пародонтология. – 2017. – № 2 (83). – С. 13–15.
119. Коморбидность стоматологической патологии / С. И. Гажва, Н. С. Касумов, Н. А. Котунова [и др.] // Стоматология. – 2017. – № 55. – С. 22–24.
120. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности / Р. А. Салеев, Е. А. Лавренюк, Е. О. Бочковская, З. М. Измайлова // Стоматология. – 2017. – Т. 96, № 6-2. – С. 113–114.
121. Копыл, О. А. Состояние слизистой оболочки полости рта в зависимости от возраста и соматического статуса : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.03.02 / Копыл Ольга Александровна. – Санкт-Петербург, 2011. – 26 с.
122. Косоруков, Н. В. Мнение пациентов об организации, качестве зубных протезов и ранее проведенном ортопедическом лечении в государственных и негосударственных учреждениях здравоохранения / Н. В. Косоруков, И. В. Струев, А. В. Захаров // Естествознание и гуманизм. – Томск, 2006. – № 3. – С. 70–71.
123. Крайнов, С. В. Геронтологический подход в решении актуальных задач современной стоматологии / С. В. Крайнов, И. В. Фирсова, В. Ф. Михальченко // Закономерности и тенденции развития науки в современном обществе : сборник статей международной научно-практической конференции, 29-30 марта 2013 г. – Уфа, 2013. – С. 202–206.

124. Критерии качества жизни как показатель эффективности стоматологического лечения / О. Н. Архарова, М. В. Пешков, А. И. Хасянов, А. Б. Нимаев // Клиническая стоматология. – 2015. – № 4 (76). – С. 64–68.
125. Кузнецов, С. В. Клиническая геронтостоматология / С. В. Кузнецов ; под редакцией доктора медицинских наук, профессора А. А. Кулакова. – Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2013. – 240 с.
126. Кузнецов, С. В. Анализ медико-социальной характеристики пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, нуждающихся в комплексной стоматологической реабилитации = The analysis of medical-social characteristics of the elderly and old patients in need of comprehensive dental rehabilitation / С. В. Кузнецов // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 2. – С. 72–75.
127. Кузнецов, С. В. Комплексная стоматологическая реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.01.14, 14.02.03 / Кузнецов Сергей Владимирович. – Москва, 2015. – 44 с.
128. Кузнецов, С. В. Социальная программа стоматологической помощи пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям как условие долголетия с высоким качеством жизни / С. В. Кузнецов // Стоматология для всех. – 2018. – № 2. – С. 40–43.
129. Кузнецов, С. В. Социально-ориентированные Программы профилактической стоматологической помощи для населения пожилого возраста / С. В. Кузнецов // Официальный сайт Стоматологической Ассоциации России. – URL: http://www.e-stomatology.ru/publication/kuznetsov_programms_pensioners.php (дата обращения: 25.11.2021).
130. Кузнецова, Э. С. Исследование эмоциональной сферы лиц пожилого возраста / Э. С. Кузнецова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики

- и психологии : материалы международной заочной научно-практической конференции. – Новосибирск, 2012. – С. 122–125.
131. Кузьмичев, Л. А. Методика оценки качества жизни / Л. А. Кузьмичев, М. В. Федоров, Е. Е. Задесенец. – Москва : ВНИНТЭ, 2000. – 46 с.
132. Лапина, Н. В. Показатели качества жизни как субъективная оценка функционального состояния пациентов до и после ортопедического лечения / Н. В. Лапина, Ю. В. Скориков // Научные ведомости БелГУ. Серия: Медицина. Фармация. – 2011. – № 10. – С. 223–227.
133. Ларенцова, Л. И. Психология взаимоотношений врача и пациента : учебное пособие / Л. И. Ларенцова, Н. Б. Смирнова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 152 с. – (Серия «Психология для стоматологов»). – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970429358.html> (дата обращения: 15.02.2022).
134. Ларионов, В. С. Стоматологическое здоровье как критерий качества жизни пожилых людей / В. С. Ларионов // Психология зрелости и старения. – 2006. – № 2. – С. 62–67.
135. Леонтьев, В. К. Здоровые зубы и качество жизни / В. К. Леонтьев // Труды V съезда Стоматологической Ассоциации. – Москва, 1999. – С. 60–67.
136. Леонтьев, В. К. Зубы и качество жизни / В. К. Леонтьев // Институт стоматологии. – 1999. – № 3. – С. 2–5.
137. Леонтьев, В. К. О связи протезирования в стоматологии, уровня здоровья и качества жизни пациентов / В. К. Леонтьев // Зубной протез и здоровье : сборник научных работ по материалам научно-практической конференции. – Москва, 2004. – С. 19.
138. Леус, П. А. Критерии оценки стоматологического статуса старших возрастных групп населения / П. А. Леус // Вестник КГМА им. И. К. Ахунбаева. – 2015. – № 4. – С. 16–20.

139. Леус, П. А. Оптимизация критериев качества стоматологической помощи населению в общественном здравоохранении / П. А. Леус, А. М. Матвеев // Стоматологический журнал. – 2018. – Т. 19, № 4. – С. 258–261.
140. Линник, Л. Н. Комплексная реабилитация лиц старческого возраста с болезнями пародонта / Л. Н. Линник, Д. А. Трунин, Н. О. Захарова // Клиническая геронтология. – 2011. – Т. 17, № 5–6. – С. 27–30.
141. Лисуренко, А. В. Определение уровня стоматологического здоровья у лиц пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Лисуренко Анна Владимировна. – Москва, 2002. – 24 с.
142. Лобейко, В. В. Характеристика диагностических и лечебных мероприятий среди взрослых людей разного возраста, страдающих заболеваниями слюнных желез / В. В. Лобейко, А. К. Иорданишвили // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 1. – С. 81–84.
143. Лобейко, В. В. Лечение заболеваний слюнных желез у пациентов старших возрастных групп / В. В. Лобейко, А. К. Иорданишвили, К. А. Заборовский // Российский стоматологический журнал. – 2017. – Т. 21, № 1. – С. 21–25.
144. Луцкая, И. К. Потребность в стоматологической помощи лиц старших возрастных групп / И. К. Луцкая // Стоматология. – 1995. – № 4. – С. 62–64.
145. Люлякина, Е. Г. Заболевания полости рта у лиц пожилого и старческого возраста / Е. Г. Люлякина, Ю. В. Чижов // Клиническая геронтология. – 2011. – Т. 17, № 1–2. – С. 35–39. – URL: <http://elibrary.ru/item.asp?id=16405271> (дата обращения: 22.10.2021).
146. Максимова, Н. В. Оценка качества жизни пациентов с полными съемными протезами при проведении им пародонтальной хирургии на этапе предпротезной подготовки полости рта / Н. В. Максимова // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 39–41.

147. Максимовская, Л. Н. Социально-психологические аспекты эстетического лечения / Л. Н. Максимовская, Н. Г. Уманская, Ш. Н. Реза // Экономика и менеджмент в стоматологии. – 2004. – № 3 (14). – С 50–53.
148. Малый, А. Ю. Конфликтные ситуации в стоматологии и факторы защиты врачей от необоснованных претензий / А. Ю. Малый // Медицинское право. – 2003. – № 3. – С. 31–34.
149. Маннанова, Ф. Ф. Оценка качества жизни у пациентов с различной топографией дефектов зубных рядов до ортопедического лечения / Ф. Ф. Маннанова, Р. Т. Насыров // Стоматология большого Урала. Профилактика стоматологических заболеваний. – Пермь, 2009. – С. 112–114.
150. Маслий, В. Г. Факторы успеха стоматологической реабилитации пожилых пациентов / В. Г. Маслий // DentalMagazine. – URL: <https://dentalmagazine.ru/posts/factory-uspeha-stomatologicheskoy-reabilitacii-rozhilyx-pacientov.html> (дата обращения: 23.11.2021).
151. Мащенко, И. В. Метод оценки индивидуального качества жизни / И. В. Мащенко // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2008. – № 8. – С. 8–14.
152. Медико-социальная реабилитация пациентов, после оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области / О. В. Скворцов, Н. Ю. Кадышев, В. П. Цыганов, Н. С. Федорова // Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области : сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2020. – С. 146–149.
153. Медико-социальный и психосоматический статус геронтостоматологических больных / А. С. Иванов, Н. И. Богдашева, В. В. Самсонов, А. К. Иорданишвили // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 4. – С. 714–716.

154. Методические основы изучения качества жизни больных с челюстно-лицевыми дефектами / А. С. Арутюнов, И. С. Кицул, А. С. Арутюнов, А. А. Макаревич // Российский стоматологический журнал. – 2009. – № 3. – С. 51–54.
155. Методологические подходы к оценке качества жизни, связанного со здоровьем / П. А. Воробьев, М. В. Авксентьева, Ю. А. Кулигина, Л. В. Сидорова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2003. – № 8. – С. 20–25.
156. Михальченко, Д. В. Модифицированная методика оценки адаптации к ортопедическим стоматологическим конструкциям / Д. В. Михальченко, А. В. Михальченко, А. В. Порошин // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 3, ч. 2. – С. 342–345.
157. Михальченко, Д. В. Этические риски во взаимоотношениях врача стоматолога и пациента / Д. В. Михальченко, Е. В. Засядкина // Биоэтика. – 2011. – Т. 2, № 8. – С. 42–43.
158. Многоступенчатая валидация международного опросника качества жизни «Профиль влияния стоматологического здоровья» ОНIP-49-RU / О. С. Гилева, Е. В. Халилаева, Т. В. Либик [и др.] // Уральский медицинский журнал. – 2009. – № 8. – С. 104–109.
159. Мохова, В. А. О проблемах изучения качества жизни в стоматологии / В. А. Мохова, Ю. О. Елькова // Актуальные вопросы ортопедической стоматологии : сборник научных трудов. – Воронеж, 2006. – С. 8–10.
160. Мохова, В. А. Исследование качества жизни в стоматологии / В. А. Мохова, М. М. Прудникова, Ю. О. Елькова // Журнал теоретической и практической медицины. – 2009. – Т. 8, № 2. – С. 76–80.
161. Мохова, В. А. Влияние комплексного лечения генерализованного пародонтита на качество жизни пациентов : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Мохова Виктория Александровна. – Воронеж, 2010. – 20 с.

162. Мусин, М. Н. Геронтологические аспекты косметических ортопедических конструкций / М. Н. Мусин, Л. В. Мусина // Геронтология и гериатрия : реферативный сборник ВИНТИ. – 2004. – Вып. 2. – С. 23–24.
163. Назукин, Е.Д. Сравнительная оценка эффективности различных методик лечения пациентов с частичными и полными дефектами зубных рядов по стоматологическим показателям качества жизни (“Профиль влияния стоматологического здоровья” ОНIP-49RU) / Е.Д. Назукин // Стоматология для всех. – 2015. - № 2. - С. 14-18.
164. Никитенко, В. В. Особенности течения и лечения одонтогенного верхнечелюстного синусита у людей пожилого и старческого возраста : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.30 / Никитенко Виталий Викторович. – Санкт-Петербург, 2013. – 119 с.
165. Николенко, В. Н. Влияние стоматологического статуса у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с плоскоклеточным раком слизистой оболочки полости рта на экспрессию биомаркеров ротовой жидкости = The influence of dental status on local immunity of oral cavity of elderly and senile patients with squamous cell carcinoma of the oral cavity mucosa / В. Н. Николенко, Е. В. Кочурова, А. А. Муханов // Успехи геронтологии. – 2019. – Т. 32, № 4. – С. 602–605.
166. Новик, А. А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова, П. Кайнд. – Санкт-Петербург : ЭЛБИ, 1999. – 140 с.
167. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под редакцией академика РАМН Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – Москва : ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
168. Носко, И. В. Психология развития и возрастная психология / И. В. Носко. – Владивосток : Дальневосточный государственный университет, 2010. – 125 с.
// Единое окно доступа к образовательным ресурсам. – URL: [http:](http://)

//window.edu.ru/resource/985/40985/files/dvgu106.pdf (дата обращения: 17.11.2021).

169. О демографических предпосылках геронтостоматологии / С. В. Крайнов, В. Ф. Михальченко, А. Н. Попова [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – С. 287.
170. Об этических принципах научной деятельности = Ethical principles of science activity : аналитический обзор и Проект Декларации для государств – участников СНГ / [подготовили: Р. Г. Апресян, О. И. Кубарь, Б. Г. Юдин]. – Санкт-Петербург : Издательство НИИЭМ им. Пастера, 2011. – 36 с.
171. Обоснование современного подхода к эндодонтическому лечению зубов у людей пожилого и старческого возраста / Б. Н. Хубутия, Н. Г. Дмитриева, Е. П. Глушнюк, О. А. Георгиева // Российская стоматология. – 2009. – Т. 2, № 3. – С. 35–36.
172. Образцов, Ю. Л. Стоматологическое здоровье: сущность, значение для качества жизни, критерии оценки / Ю. Л. Образцов // Стоматология. – 2006. – № 4. – С. 41–43.
173. Овсянников, В. А. Стоматологический статус и потребность в лечении у лиц пожилого и старческого возраста с различными социально-экономическими условиями жизни и степенью мобильной активности : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14, 14.02.03 / Овсянников Вадим Анатольевич. – Москва, 2010. – 25 с.
174. Оковитый, С. В. Совершенствование комплексного лечения острого одонтогенного периостита у людей старших возрастных групп = The improvement of complex treatment of odontogenous periostitis in elderly patients / С. В. Оковитый, М. И. Музыкин, А. К. Иорданишвили // Стоматология. – 2012. – Т. 91, № 6. – С. 63–66.

175. Ольховская, Е. Б. Кариес зубов у лиц, проживающих в домах-интернатах для пожилых и инвалидов / Е. Б. Ольховская // Здоровье человека : материалы Российского конгресса. – Тверь, 1996. – С. 225–231.
176. Ольховская, Е. Б. Некоторые аспекты современной геронтостоматологии / Е. Б. Ольховская // Стоматология для всех. – 2003. – № 1. – С. 14–19.
177. Орлов, А. К. Особенности течения и лечение гиперестезии твердых тканей зубов у людей пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Орлов Алексей Константинович. – Санкт-Петербург, 2015. – 23 с.
178. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / В. А. Орлов, С. Р. Гиляревский. – Москва : НПО «Союзмединформ», 1992. – 64 с.
179. Ортопедическая стоматология : учебник / под редакцией Э. С. Каливрадзияна, И. Ю. Лебедеико, Е. А. Брагина, И. П. Рыжовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 800 с.
180. Ортопедическая стоматология : учебник / под редакцией И. Ю. Лебедеико, Э. С. Каливрадзияна. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 640 с. – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437223.html> (дата обращения: 23.11.2021).
181. Основные проблемы и направления кадрового менеджмента в стоматологической поликлинике / Н. Г. Петрова, С. Г. Погосян, Б. В. Эпельман, С. Г. Шестакова // Пародонтология. – 2018. – Т. 23, № 1 (86). – С. 64-67. – Режим доступа: <http://dentoday.ru/products/101/3054/> (дата обращения: 15.02.2022).
182. Основы технологии зубного протезирования : учебник. Том 2 / под редакцией Э. С. Каливрадзияна. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 392 с.
183. Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова, Г. Т. Салеева, В. Н. Викторов // Проблемы стоматологии. – 2017. – Т.13, № 1. – С. 84–87.

184. Особенности питания пожилых пациентов со съёмными стоматологическими ортопедическими конструкциями / И. А. Меликян, Г. Д. Ахмедов, К. Г. Гуревич [и др.] // Вопросы питания. – 2018. – Т. 87, № 1. – С. 79–84.
185. Особенности приема больных пожилого и старческого возраста у стоматолога / Е. Б. Ольховская // Актуальные вопросы стоматологии : материалы XII научно-практической конференции стоматологов. Областная конференция. – Тверь, 1992. – С. 22.
186. Особенности распространенности стоматологических заболеваний среди лиц пожилого возраста / И. А. Меликян, Г. Д. Ахмедов, В. А. Топорков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16, № 2. – С. 377–383.
187. Особенности стоматологического статуса и лечение заболеваний полости рта у лиц пожилого возраста / Т. Н. Юшманова, Н. Г. Давыдова, Н. В. Скрипова, С. И. Драчев // Экология человека. – 2007. – № 9. – С. 12–17.
188. Особенности стоматологического статуса у лиц пожилого и старческого возраста : учебное пособие для врачей, работающих с пожилыми людьми / под общей редакцией И. В. Архипова, А. В. Севбитова. – Москва : [б. и.], 2014. – 83 с.
189. Особенности стоматологической реабилитации пациентов пожилого возраста после онкологического лечения патологии челюстно-лицевой области = Features of dental rehabilitation of elderly patients after treatment of maxillofacial neoplasm / Е. В. Кочурова, Н. В. Лапина, С. Д. Гришечкин, Е. В. Ижнина // Успехи геронтологии. – 2019. – Т. 32, № 1/2. – С. 227–233.
190. Оценка адаптации к съёмным зубным протезам у пациентов пожилого возраста / К. А. Ершов, А. В. Севбитов, А. А. Шакарьянц, А. Е. Дорофеев // Наука молодых. – 2017. – № 4. – С. 469–471.

191. Оценка качества жизни больного в медицине / А. А. Новик, С. А. Матвеев, Ю. А. Сухонос [и др.] // Клиническая медицина. – 2000. – № 2. – С. 10–13.
192. Оценка качества жизни пациентов, пользующихся полными съемными зубными протезами с мягкой подкладкой «ГосСил» / И. Ю. Лебедеенко, А. П. Воронов, И. А. Воронов, О. В. Ключев // Российский стоматологический журнал. – 2007. – № 3. – С. 33–35.
193. Оценка эффективности ортопедического лечения пациентов с применением критериев качества жизни / К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант, С. В. Кирсанова, З. А. Базилян // Медицина критических состояний. – 2008. – № 2. – С.23–26.
194. Оценка эффективности ортопедического лечения пациентов с применением показателей качества жизни / С. В. Кирсанова, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант, З. А. Базилян // Современные аспекты реабилитации в медицине : материалы III Международной конференции. – Ереван, 2007. – С. 262.
195. Пак, А. Н. Стоматологический статус у лиц пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.14 / Пак Андрей Николаевич. – Москва, 1991. – 22 с.
196. Парфенюк, Г. В. Динамика обращаемости за хирургической помощью лиц пожилого возраста, находящихся на пролонгированной антикоагулянтной терапии новыми оральными антикоагулянтами, в частный стоматологический кабинет за 5 лет (2013-2017 годы) / Г. В. Парфенюк // Аспирантский вестник Поволжья. – 2018. – № 5–6. – С. 162–166.
197. Пептидная регуляция генома и старение / В. Х. Хавинсон, С. В. Анисимов, В. В. Малинин, В. Н. Анисимов. – Москва : РАМН, 2005. – 208 с.
198. Перепелкина, Н. Ю. Использование двух методик для оценки качества жизни пациентов после выполнения у них протезирования зубов / Н. Ю. Перепелкина, К. В. Шматов // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2012. – № 2. – С. 12–13.

199. Пинелис, Ю. И. Применение вилона в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста / Ю. И. Пинелис // Забайкальский медицинский журнал. – 2013. – № 4. – С. 9–12.
200. Плужникова, М. М. Качество жизни у больных со стоматологической патологией / М. М. Плужникова // Пародонтология. – 2001. – № 1–2. – С. 62–63.
201. Позднякова, М. А. Опыт проведения исследования здоровья пожилого населения по методике ВОЗ на территории Приволжского Федерального округа / М. А. Позднякова, С. О. Семисынов, М. С. Голод // Бюллетень НИИ общественного здоровья РАМН. – Москва, 2009. – Вып. 2. – С. 97–98.
202. Показатели качества жизни населения Санкт-Петербурга / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Б. Гандек [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2001. – № 4. – С. 22–31.
203. Полная утрата зубов у взрослого человека: возрастные особенности распространенности, нуждаемости в лечении и клинической картины / А. К. Иорданишвили, Е. А. Веретенко, А. А. Сериков [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2015. – № 1. – С. 23–32.
204. Пономарев, С. А. Осложнения, клинические и технологические ошибки при ортопедическом лечении больных съёмными зубными протезами и их профилактика : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21 / Пономарев Сергей Александрович. – Омск, 2004. – 19 с.
205. Понятие «качество жизни» и методы его оценки / Л. А. Бокерия, В. С. Аракелян, Е. Г. Тутов [и др.] // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. – 2005. – Т. 6, № 1. – С. 23–29.
206. Попова, А. Н. Применение тромбоцитарной аутоплазмы в геронтостоматологии / А. Н. Попова, С. В. Крайнов // Colloquium-journal. – 2017. – № 9–2 (9). – С. 29–31.

207. Практическая геронтостоматология и гериатрия / М. Л. Заксон, Г. Д. Овруцкий, М. И. Пясецкий, А. М. Солнцев. – Киев : Здоровье, 1993. – 272 с.
208. Практические рекомендации для врачей-стоматологов при осмотре пациентов пожилого возраста / Н. В. Макушева, С. В. Чуйкин, С. В. Бузаев [и др.] // Стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Новые технологии в стоматологии : материалы двенадцатого сибирского конгресса с международным участием, Всероссийского симпозиума. – Новосибирск, 2017. – С. 211–214.
209. Применение АФК в процессе лечения и реабилитации больных старших возрастных групп с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава / А. К. Иорданишвили, В. В. Самсонова, А. А. Сериков, Л. Н. Солдатова // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 3. – С. 45–47.
210. Применение критериев качества жизни в стоматологии / С. В. Кирсанова, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант, З. А. Базикян // Современные аспекты реабилитации в медицине : материалы III Международной конференции. – Ереван, 2007. – С. 263.
211. Применение опросника ОНIP-14 у пациентов с диагнозом «хронический генерализованный пародонтит средней степени» / В. В. Смирнягина, Г. М. Барер, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант // Человек и лекарство: материалы XIV Российского национального конгресса. – Москва, 2007. – С. 319.
212. Причина отказа от пользования съемными зубными протезами при болях у больных старшей возрастной группы / Ю. Н. Уруков, А. В. Киртаева, Н. С. Федорова, Н. Ю. Уруков // Проблемы стоматологии и их решение : материалы юбилейной конференции. – Чебоксары, 2010. – С. 99-104.
213. Профилактика отказа от пользования съемными протезами у больных старших возрастных групп / Ю. Н. Уруков, А. В. Киртаева, Н. С. Федорова, Н. Ю. Уруков // Здоровоохранение Чувашии. – 2010. – №1. – С. 44-50.

214. Разработка алгоритма оценки тяжести хронического генерализованного пародонтита у пациентов с коморбидной патологией / А. З. Ашоур, В. Г. Белов, Ю. А. Парфенов [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 44–53.
215. Распространенность и возрастные особенности клиновидных дефектов твёрдых тканей зуба у взрослых людей / А. К. Иорданишвили, Д. А. Черный, М. М. Дьяконов, В. Ф. Черныш // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2015. – № 2 (50). – С. 15–18.
216. Распространенность, особенности строения и состава твердых тканей зубов у взрослых людей разных возрастных групп, страдающих повышенной стираемостью / А. К. Иорданишвили, О. Л. Пихур, В. В. Янковский, А. А. Сериков // Институт стоматологии. – 2014. – № 2(63). – С. 51–53.
217. Рахимов, Р. М. Исследование стоматологического статуса пожилого населения г. Самары / Р. М. Рахимов, С. В. Блинов, Ю. Л. Минаев // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. – Т. 12, № 1-6. – С. 1625–1628.
218. Результаты организации, эффективности ортопедического лечения и качества зубных протезов (данные социологического исследования) / В. М. Семенюк, Е. М. Ахметов, В. Е. Федоров [и др.] // Институт стоматологии. – 2017. – № 1. – С. 26–29.
219. Решение проблемы эстетического дискомфорта при использовании съёмных пластиночных зубных протезов / Ю. Н. Уруков, А. В. Московский, Н. С. Федорова [и др.] // Актуальные вопросы медицинской реабилитации : сборник научных трудов по итогам III Межрегиональной научно-практической конференции. – Чебоксары, 2020. – С. 87–92.
220. Родина, Т. С. Особенности стоматологической патологии у лиц старших возрастных групп / Т. С. Родина // Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. – 2015. – № 3. – С. 140–147.

221. Роль ортопедического лечения пациентов с полным отсутствием зубов при оценке качества жизни / С. В. Каменев, Х. Ю. Саямов, Т. А. Китаев, Т. Ф. Данилина // *Стоматология – наука и практика. Перспективы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию стоматологического факультета Волгоградского государственного медицинского университета.* – Волгоград, 2011. – С. 380–382.
222. Рошковский, Е. В. Изучение нуждаемости в ортопедической стоматологической помощи лиц пожилого и старческого возраста, а также долгожителей и особенности ее оказания в геронтологических стационарах : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.21, 14.00.33 / Рошковский Евгений Викторович. – Москва, 2008. – 25 с.
223. Рошак, К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук : 19.00.07 / Рошак Кароль. – Москва, 1990. – 19 с.
224. Рыбак, О. Г. Мукологические аспекты в геронтостоматологической практике (на примере социально-организованного коллектива) / О. Г. Рыбак, Л. Ф. Лучшева // *Pacific Medical Journal.* – 2017. – № 2. – Р. 35–36.
225. Садыков, М. И. Анализ неудовлетворительных результатов ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов / М. И. Садыков // *Казанский медицинский журнал.* – 2002. – № 3. – С. 219–220.
226. Салеев, Р. А. Определение понятия «Здоровье» в рамках исследования качества жизни пациентов стоматологического профиля / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова // *Вестник современной клинической медицины.* – 2014. – Т. 7, № 4. – С. 58–61.

227. Салеев, Р. А. Сравнительный анализ индексов оценки качества жизни, используемых в стоматологии (обзор литературы) / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова // Клиническая стоматология. – 2014. – № 2 (70). – С. 54–61.
228. Салеев, Р. А. Анализ показателей качества жизни и социальных особенностей пациентов пожилого и старческого возраста / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова, В. Н. Викторов // Проблемы стоматологии. – 2019. – Т. 15, № 4. – С. 114–120.
229. Салеев, Р. А. Сравнительный анализ социальных показателей жизни, влияющих на выбор ортопедической конструкции / Р. А. Салеев, Н. С. Федорова, В. Н. Викторов // Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 4, № 34 (409). – С. 28–30
230. Санососюк, Н. О. Роль непосредственного съемного протезирования в улучшении качества жизни пациентов при полном отсутствии зубов / Н. О. Санососюк // Аспирантский вестник Поволжья. – 2013. – № 5-6. – С. 156–159.
231. Сельпиев, Т. Т. Медицинские и социальные аспекты оздоровления населения в разные возрастные периоды / Т. Т. Сельпиев, К. К. Коомбаев, А. Д. Мурзалиев // Известия вузов. – 2011. – № 5. – С. 98–102.
232. Система использования оценки качества жизни при ортопедической реабилитации в стоматологии / С. В. Кирсанова, Э. А. Базикян, К. Г. Гуревич, Е. Г. Фабрикант // Компьютерные учебные программы и инновации. – 2008. – № 2. – С. 162–163.
233. Скачкова, О. В. Клинические возможности и социальные перспективы геронтостоматологии : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.52 / Скачкова Ольга Валериевна. – Волгоград, 2009. – 24 с.
234. Современные проблемы геронтостоматологии, роль бальнеологических препаратов в повышении эффективности лечения пациентов пожилого,

- старческого возраста и долгожителей / Т. Ф. Данилина, Т. А. Китаева, Х. Ю. Саямов, Д. В. Верстаков // *Стоматология – наука и практика. Перспективы развития : материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 50-летию стоматологического факультета Волгоградского государственного медицинского университета / главный редактор : В. И. Петров; редколлегия: М. Е. Стаценко, С. В. Поройский, В. В. Шкарин. – Волгоград, 2011. – С. 370–373.*
235. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации : материалы III Всероссийского конгресса по геронтологии и гериатрии с международным участием. 2019. – URL: <http://rgnkc.ru/konsercia-geriatricheskoj-pomoshi> (дата обращения: 17.11.2021).
236. Современный экономический словарь / Б. А. Райзберг, Л. Ш. Розовский, Е. Д. Стародубцева. – Москва : ИНФРА-М, 1999. – 479 с.
237. Соколова, И. И. Медико-психологические аспекты стоматологического лечения больных гериатрического профиля / И. И. Соколова, Н. И. Савельева // *Медицина сьогодні і завтра. – 2013. – № 2 (59). – С. 116–124.*
238. Солдатов, С. В. Комплексное лечение хронического генерализованного пародонтита у больных пожилого и старческого возраста : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.30 / Солдатов Сергей Валериевич. – Санкт-Петербург, 2011. – 167 с.
239. Солдатова, Л. Н. Ортодонтическое лечение людей старших возрастных групп / Л. Н. Солдатова, Г. А. Рыжак, А. К. Иорданишвили // *Стоматология. – 2013. – Т. 14, март. – URL: http://medline.ru/public/pdf/14_019.pdf / (дата обращения: 22.11.2021).*
240. Соломатина, Е. С. Реализация концепции информированного согласия пациента в стоматологической практике : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.02.05 / Соломатина Елена Сергеевна. – Волгоград, 2014. – 22 с.

241. Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся в клинику эстетической стоматологии / Е. Н. Веденева, К. Г. Гуревич, В. Д. Вагнер, Е. Г. Фабрикант // Кремлевская медицина. – 2014. – № 2. – С. 149–151.
242. Социальные интеракции как фактор активности пожилых и инвалидов в получении стоматологических услуг / О. А. Волкова, Т. Н. Конева, А. А. Копытов, Ю. С. Артемова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27, № 4. – С. 404–407.
243. Социологическое исследование. Мнение пациентов об ортодонтическом лечении / И. В. Гунненкова, А. Ю. Пехов, С. Ю. Серегина, Н. Н. Пехова // Ортодонтия. – 2003. – № 1. – С. 39–41.
244. Сравнительная характеристика эффективности применения современных методов лечения в геронтостоматологии / И. В. Фирсова, С. В. Поройский, Ю. А. Македонова, А. В. Поройская // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2018. – № 3 (59). – С. 33–37.
245. Стоматологическая заболеваемость лиц пожилого и старческого возраста на терапевтическом приеме врача-стоматолога / В. В. Фролова, Т. Л. Рединова, Г. Г. Комарова [и др.] // Труды Ижевской государственной медицинской академии : сборник научных статей. – Ижевск, 2017. – С. 127–129.
246. Стоматологические симптомокомплексы соматических заболеваний: сравнительный анализ выявляемости врачами общей практики, скорой медицинской помощи и стоматологами = Dentalsymptomsofsystemicdiseases: a comparativeanalysisofthedetectionby General practitioners, ambulanceanddentists / И. В. Духанина, С. В. Кузнецов, А. И. Хан, Ю. А. Дзевешек // Справочник врача общей практики. – 2016. – № 10. – С. 21–37.
247. Стоматологический статус и показатели качества жизни у лиц пожилого и старческого возраста / Т. Г. Петрова, Т. В. Зверева, Н. Б. Бородина, Е. Е. Покатова // Успехи геронтологии. – 2017. – Т. 30, № 3. – С. 390–393.

248. Стоматологический статус людей пожилого и старческого возраста / А. К. Иорданишвили, Г. А. Рыжак, К. А. Заборовский [и др.] // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23, № 4. – С. 644–651.
249. Стоматологическое здоровье в критериях качества жизни / О. С. Гилева, Т. В. Либик, Е. В. Халилаева [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 6, № 3. – С. 6–11.
250. Студеникин, Р. В. Оценка качества жизни пациентов в стоматологии с помощью компьютерной программы / Р. В. Студеникин, О. В. Серикова // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19. № 12. – С. 234–239.
251. Султанахмедова, Б. С. Современные актуальные проблемы геронтостоматологии / Б. С. Султанахмедова // Международный студенческий научный вестник. – 2016. – № 2. – С. 30.
252. Тарико, О. С. Оценка уровня качества жизни пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом, осложненным концевыми дефектами зубного ряда нижней челюсти / О. С. Тарико, С. Е. Жолудев // Институт стоматологии. – 2011. – Т. 3, № 52. – С. 18–21.
253. Татькова, А. Ю. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем / А. Ю. Татькова, С. М. Чечельницкая, А. Г. Румянцев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 4. – С. 46–51.
254. Типичные нарушения, связанные со стоматологическими заболеваниями, у лиц пожилого возраста / И. А. Меликян, Н. Г. Игнатов, В. А. Топорков [и др.] // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2017. – Т. 16, № 3. – С. 666–671.
255. Трейси, Д. Актуально ли сопереживание в качестве средства общения в современном здравоохранении? / Д. Трейси // Вестник первой областной клинической больницы. – 2002. – № 3–4. – URL: http://vestnik.okb1/mplik_4_02/036.html (дата обращения: 23.11.2021).

256. Удовлетворенность населения качеством оказания стоматологической помощи / В. Г. Бутова, Л. Е. Смирнова, М. В. Зуев [и др.] // Клиническая стоматология. – 2017. – № 2 (82). – С. 70–73.
257. Уруков, Ю. Н. Комплексное медико-правовое, экспертное и клиническое исследование профессиональных ошибок и неблагоприятных исходов при оказании ортопедической стоматологической помощи : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук : 14.00.24, 14.00.21 / Уруков Юрий Николаевич. – Москва, 2008. – 35 с.
258. Фабрикант, Е. Г. Валидация русскоязычной версии опросника качества «Профиль влияния стоматологического здоровья» / Е. Г. Фабрикант, К. Г. Гуревич, В. В. Смирнягина // Институт стоматологии. – 2009. – № 1. – С. 14–15.
259. Фабрикант, Е. Г. Возможности применения критериев качества жизни при экспертизе результатов стоматологического лечения / Е. Г. Фабрикант, К. Г. Гуревич // Медицинское право. – 2008. – № 2. – С. 48–50.
260. Фабрикант, Е. Г. Динамика изменения качества жизни при лечении хронического генерализованного пародонтита / Е. Г. Фабрикант, В. В. Смирнягина, К. Г. Гуревич // Институт стоматологии. – 2008. – № 4 (41). – С. 24–26.
261. Фабрикант, Е. Г. Качество жизни – новое гуманистическое направление в медицине / Е. Г. Фабрикант, В. В. Смирнягина // CATHEDRA. – 2006. – Т. 5, № 2. – С. 62–64.
262. Федоров, Д. А. Оказание ортопедической стоматологической помощи больным с полным и частичным отсутствием зубов с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта : методические рекомендации для ординаторов / Д. А. Федоров, В. А. Некрылов, Е. А. Лещева. – Воронеж, 2015. – С. 20.

263. Федорова, Н. С. Взаимосвязь показателей «Стоматологическое здоровье» и «Качество жизни» / Н. С. Федорова, В. В. Альцев // Здоровье и образование в XXI веке. – 2011. – Т. 13, № 2. – С. 230.
264. Федорова, Н. С. Влияние стоматологического здоровья на качество жизни людей пожилого возраста / Н. С. Федорова // Морфологические науки и клиническая медицина. : материалы всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения доцента Бриллиантовой Анны Николаевны. – Чебоксары, 2015. – С. 243–245.
265. Федорова, Н. С. Психологические аспекты оказания стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, Ю. Н. Уруков // Эндодонтия Today. – 2018. – № 4. – С. 64–66.
266. Федорова, Н. С. Геронтологические аспекты ортопедического лечения пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, В. Н. Викторов // Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области : сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2019. – С. 96–98.
267. Фёдорова, Н. С. Теоретические аспекты оказания стоматологической помощи пациентам пожилого и старческого возраста / Н. С. Фёдорова, Р. А. Салеев // Первичная медико-санитарная помощь. Опыт передовых практик в рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» : сборник материалов Республиканской научно-практической конференции, посвящённой 40-летию со дня образования ГАУЗ «Городская поликлиника № 18» г. Казани. – Казань, 2019. – С. 82–84.
268. Фёдорова, Н. С. Структура стоматологической заболеваемости среди пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Фёдорова, Р. А. Салеев // Актуальные вопросы стоматологии : сборник научных трудов, посвященный

- основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань, 2019. – С. 334–338.
269. Фёдорова, Н. С. Полная вторичная адентия у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Фёдорова // Актуальные вопросы стоматологии : сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань, 2019. – С. 332–334.
270. Фёдорова, Н. С. Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Фёдорова // Исторические вехи развития стоматологической службы Республики Башкортостан : сборник научных трудов, посвященный 100-летию юбилею со дня образования Республики Башкортостан. – Уфа, 2019. – С. 259–264.
271. Фёдорова, Н. С. Влияние заболеваний рта на социальную адаптацию людей пожилого и старческого возраста / Н. С. Фёдорова // Морфологические науки и клиническая медицина : сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 100-летию со дня рождения заслуженного деятеля науки РСФСР и ЧАССР, доктора медицинских наук, профессора Валентины Васильевны Амосовой. – Чебоксары, 2019. – С. 207–211.
272. Федорова, Н. С. Взаимосвязь показателей качества жизни и видов дефектов зубных рядов у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, В. Н. Викторов // Проблемы стоматологии. – 2020. – Т. 16, № 1. – С. 164–170.
273. Федорова, Н. С. Взаимосвязь показателей качества жизни и видов ортопедических конструкций, применяемых у пациентов пожилого и старческого возраста / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев // Медицинский алфавит. – 2020. – № 3. – С. 19–22.

274. Федорова, Н. С. Стоматологическое здоровье и качество жизни: исторические вехи и перспективы развития (обзор литературы) / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, Л. Р. Салеева // Клиническая стоматология. – 2020. – № 4 (96). – С. 92–98.
275. Федорова, Н. С. Влияние стоматологической заболеваемости ортопедического профиля на качество жизни людей пожилого и старческого возраста / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2020. – № 2 (80). – С. 42–45.
276. Федорова, Н. С. Анализ дефектов ортопедических конструкций у пациентов стоматологического профиля / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев // Актуальные вопросы стоматологии : сборник научных трудов, посвященный основателю кафедры ортопедической стоматологии КГМУ профессору Исааку Михайловичу Оксману. – Казань, 2020. – С. 427–430.
277. Федорова, Н. С. Гериатрические аспекты стоматологии / Н. С. Федорова // Вопросы фундаментальной и клинической медицины: традиции и инновации : материалы Межрегиональной научно-практической конференции, посвященной 60-летию БУ «Центральная городская больница» Минздрава Чувашии / под редакцией Л. М. Карзаковой. – Чебоксары, 2020. – С. 201–204.
278. Федорова, Н. С. Теоретическое обоснование определения качества жизни у пациентов стоматологического профиля / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев // Современные аспекты комплексной стоматологической реабилитации пациентов с дефектами челюстно-лицевой области : сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции. – Краснодар, 2020. – С. 166–169.
279. Комплексное изучение стоматологической ортопедической заболеваемости людей возраста «долгожители» и способы ее устранения / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, В. Н. Викторов, Н. Р. Салеев // Проблемы стоматологии. – 2021. – Т. 17, № 4. – С. 145–150.

280. Федорова, Н. С. Комплексное изучение стоматологической ортопедической заболеваемости людей пожилого возраста и способы ее устранения / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев // Проблемы стоматологии. – 2021. – Т. 17, № 3. – С. 126–131.
281. Комплексное изучение стоматологической ортопедической заболеваемости людей старческого возраста и способы ее устранения / Н. С. Федорова, Р. А. Салеев, В. Н. Викторов, Н. Р. Салеев // Эндодонтия Today. – 2021. – Т. 19, № 4. – С. 299–305.
282. Филиппова, Е. В. Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта у людей пожилого и старческого возраста : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.30 / Филиппова Елена Вадимовна. – Санкт-Петербург, 2013. – 106 с.
283. Фирсова, И. В. Значение биоэтики в реализации геронтологического подхода в стоматологии / И. В. Фирсова, С. В. Крайнов, А. Н. Попова // Биоэтика. – 2013. – № 2 (12). – С. 21–25
284. Фирсова, И. В. Эмоционально-личностные особенности пациентов при амбулаторном лечении стоматологических заболеваний : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.00.52, 14.00.21 / Фирсова Ирина Валерьевна. – Волгоград, 2009. – 52 с.
285. Фомина, А. В. Оценка организации профилактики стоматологических заболеваний и стоматологической помощи военным пенсионерам / А. В. Фомина, Т. Ю. Тарараева // В мире научных открытий. – 2017. – Т. 9, № 2. – С. 184–199.
286. Хамитов, Н. В. Философия и психология пола / Н. В. Хамитов. – Киев : Ника-Центр, 2001. – 224 с.
287. Харитоновна, Л. В. Геронтология в ортопедической стоматологии / Л. В. Харитоновна // Медсестра. – 2018. – № 11. – С. 39–40.

288. Хорева, О. О. Совершенствование организации стоматологической помощи гражданам пожилого возраста и инвалидам, проживающим в организациях социального обслуживания / О. О. Хорева // Социальное обслуживание. – 2017. – № 10. – С. 27–39.
289. Чижов, Ю. В. Стоматологический статус и степень замещенности зубных рядов у лиц пожилого и старческого возраста / Ю. В. Чижов, О. М. Новиков // Клиническая геронтология. – 2004. – Т. 10, № 10. – С. 47–50.
290. Шабалин, В. Н. Организация работы гериатрической службы в условиях прогрессирующего демографического старения населения Российской Федерации / В. Н. Шабалин // Успехи геронтологии. – 2009. – Т. 22, № 1. – С. 185–196.
291. Шатров, И. М. Изучение с помощью опросника (ОНП-49) влияния на качество жизни пациентов с дефектами твёрдых тканей зубов и зубных рядов реставрированными керамическими конструкциями / И. М. Шатров, Л. В. Ведерникова, С. Е. Жолудев // Уральский медицинский журнал. – 2013. – № 5 (110). – С. 87–90.
292. Шевченко, Ю. Концепция исследования качества жизни в здравоохранении / Ю. Шевченко // Медицинская газета. – 2000. – № 53. – С. 6–7; № 54. – С. 6.
293. Шишкин, А. Н. Гериатрия : учебное пособие для студентов средних профессиональных учебных заведений / А. Н. Шишкин, Н. Н. Петрова, Л. А. Слепых. – Москва : Академия, 2008. – 192 с.
294. Экспертиза качества медицинской помощи / З. М. Измайлова, Р. А. Салеев, Е. О. Бочковская, Е. А. Лавренюк // Стоматология. – 2017. – Т. 96, № 6–2. – С. 106–107.
295. Экспресс-оценка уровня здоровья пациентов пожилого и старческого возраста как этап, предшествующий выбору технологии профилактической

- стоматологии / И. В. Духанина, С. В. Кузнецов, А. И. Хан, Ю. А. Дзевешек // Справочник врача общей практики. – 2016. – № 8. – С. 22–31.
296. Эриксон, Э. Психологический кризис развития пожилого человека / Э. Эриксон // Учебное пособие по психологии старости. – Самара, 2004. – С. 325–328.
297. Эффективность использования гибких базисов съемных зубочелюстных конструкций и современных адгезивных материалов при стоматологическом ортопедическом лечении больных / С. Ю. Максюков, Д. С. Щепляков, Г. В. Антоненко [и др.] // Главный врач Юга России. – 2016. – № 52. – С. 19–21.
298. Янковский, В. В. Возрастные особенности клинической картины и лечение повышенной стираемости твердых тканей зубов у взрослого человека : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук : 14.01.30 / Янковский Вадим Васильевич. – Санкт-Петербург, 2015. – 25 с.
299. Ярошенко, Е. Ю. Соматические и социально-психологические особенности лиц пожилого и старческого возраста : автореферат диссертации на соискание ученой кандидата медицинских наук : 14.00.52 / Ярошенко Елена Юрьевна. – Москва, 2004. – 22 с.
300. Ярушина, М. О. Социально-философские аспекты оказания стоматологической помощи пациентам пожилого возраста / М. О. Ярушина, В. М. Князев // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : материалы III Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов, III Форума медицинских и фармацевтических ВУЗов России «За качественное образование». – Екатеринбург, 2018. – Т. 1. – С. 1034–1037.
- 301.A Chicano version of the Sickness Impact Profile. A health care evaluation instrument crosses a linguistic barrier / B. S. Gilson, D. Erickson, C. T. Chavez [et al.] // Cult. Med. Psychiat. – 1980. – № 4. – P. 137–150.

302. A comparison of overall health between patients with rheumatoid arthritis and a population with and without rheumatoid arthritis / E. M. Ahlmen, C. B. Bengtsson, B. M. Sullivan, A. Bjelle // *Scan. J. Rheumatol.* – 1990. – № 19. – P. 4121–4130.
303. Abeles, R. *Aging and Quality of Life* / R. Abeles, H. Gift, M. Ory. – New York : Springer Publishing Company, 1994. – 392 p.
304. Agerberg, G. Chewing ability in relation to dental and general health / G. Agerberg, E. E. Carlsson // *Acta Odontol Scand.* – 1981. – № 39. – P. 147.
305. Akifusa, S. Relationship of number of remaining teeth to health-related quality of life in community-dwelling elderly / S. Akifusa // *Gerodontology.* – 2005. – № 22. – P. 91–97.
306. Al-Ahmad, H. T. Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures / H. T. Al-Ahmad // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2009. – № 107(1). – P. 24–34.
307. Alanko, O. M. Patients' perceptions of orthognathic treatment, well-being, and psychological or psychiatric status: a systematic review / O. M. Alanko, A. L. Svedström-Oristo, M. T. Tuomisto // *Acta Odontol Scand.* – 2010. – № 68 (5). – P. 249–260.
308. AlBaker, A. M. The oral health-related quality of life in edentulous patients treated with Conventional complete dentures / A. M. AlBaker // *Gerodontology.* – 2013. – № 30 (1). – P. 61–66.
309. Albrecht, G. Sociological perspective on health-related quality of life research / G. Albrecht, R. A. Fitzpatrick // *Advances in Medical Sociology.* – 1994. – № 5. – P. 1–21.
310. Allison, P. *Quality of life: a dynamic construct* / P. Allison, D. Locker, J. Feine // *Social Science and Medicine.* – 1997. – № 45. – P. 210–230.

311. Alves de Silva, A. C. Evaluation of life quality of patients submitted to orthognathic surgery / A. C. Alves de Silva // *Dental Press J. Orthod.* – 2013. – № 18 (5). – P. 107–114.
312. An epidemiological study of dental health in a population of pensioners / I. Casado, A. Gil Miguel, R. Lopez Jimenez [et al.] // *Aten. Primaria.* – 1990. – № 15. – P. 178–181.
313. Anagnostopoulos, F. Oral Health Impact Profile / F. Anagnostopoulos // *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* – 2014. – P. 4506–4510.
314. Antonovsky, A. The model dental patient. An empirical study of preventive health behavior / A. Antonovsky, R. Kats // *Social Sciences Medicine.* – 1970. – № 4. – P. 367–380.
315. Application of the Oral Health Impact Profile (OHIP) among Taiwanese elderly / H.-C. Kuo, J.-H. Chen, J.-H. Wu [et al.] // *Qual. Life Res.* – 2011. – № 20. – P. 1707–1713.
316. Arnold, E. Interpersonal relationships: professional communication skills for nurses / E. Arnold, K. Undermann-Boggs // *Interpersonal relationships.* – Philadelphia : WB Saunders, 1999. – P. 23.
317. Ash, M. A Study of periodontal hazards of third molars / M. Ash, E. R. Costich, J. R. Hayward // *J. Periodontol.* – 1962. – № 33. – P. 190–209.
318. Assessing changes in quality of life using the Oral Health Impact Profile (OHIP) in patients with different classifications of malocclusion during comprehensive orthodontic treatment / D.-H. Zheng, X.-X. Wang, Y.-R. Su [et al.] // *BMC Oral Health.* – 2015. – 15:148.
319. Assessing changes in oral health-related quality of life and its factors in community-dwelling older Brazilians / C. M. dos Santos, A. B. Martins, R. J. de Marchi [et al.] // *Gerodontology.* – 2013. – № 30 (3). – P. 176–186.

320. Assessing oral health related quality of life: Findings from the Normative Aging Study / N. Kressin, A. Spiro 3rd, R. Bosse [et al.] // *Medical Care*. – 1996. – № 34. – P. 416–427.
321. Assessing postoperative discomfort after third molar surgery: A prospective study / G. B. Grossi, C. Maiorana, R. A. Garramone [et al.] // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2007. – № 65. – P. 815–910.
322. Assessing periodontitis in populations: a systematic review of the validity of partialmouth examination protocols / D. T. Tran, I. Gay, X. L. Du [et al.] // *J. Clin. Periodontol.* – 2013. – Vol. 40 (12). – P. 1064–71.
323. Assessment of oral health-related quality of life before and after third molar surgery / D. A. Shugars, M. A. Gentile, N. Ahmad [et al.] // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2006. – № 64. – P. 1718–1722.
324. Associations between adult attachment and: oral health-related quality of life, oral health behavior, and self-rated oral health / P. Meredith, J. Strong, P. Ford, G. Branjerdporn // *Quality of Life Reserch*. – 2015. – P. 1–11.
325. Association Between Salivary Flow Rate and the Use of Systemic Medication Among 76-, 81-, and 86-year-old Inhabitants in Helsinki, Finland / T. O. Närhi, J. H. Meurman, A. Ainamo [et al.] // *J. Dent Res.* – 1992. – № 71. – P. 1875–1880.
326. Associations between labial and whole salivary flow rates, systemic diseases and medications in a sample of older people / D. Smidt, L. A. Torpet, B. Nauntofte [et al.] // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2010. – № 38. – P. 422–435.
327. Astrom, A. N. Validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional study of adolescents in Uganda / A. N. Astrom, I. Okullo // *BMC Oral Health*. – 2003. – № 3 (1). – P. 5.
328. Asymptomatic mandibular third molar: Oral surgeons judgment of need for extraction / K. Knutsson, B. Brehmer, L. Lysell, M. Rohlin // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 1992. – № 50. – P. 320–330.

329. Atchison, K. A. Relationship of a self-reported oral health status measure to patient characteristics in a Hispanic sample / K. A. Atchison, C. Der-Martirosian // *American Public Health Association Abstracts*. – 1995. – Oct. 29 –Nov. 2. – P. 35–45.
330. Attitudes toward the shortened dental arch concept among Swedish general dental practitioners / E. K. Korduner, B. Söderfeldt, M. Kronström, K. Nilner // *Int. J. Prosthodont*. – 2006. – P. 19(2). – P. 171–176.
331. Avaliação do grau de abertura bucal e dor pós-operatória após a remoção de terceiros molares inferiores retidos / A. S. W. Aguiar, A. C. X. Oliveira, P. C. Martins, R. O. M. Freire // *Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camagibe*. – 2005. – № 5. – P. 57–62.
332. Babinčák, P. Definície, theoretical models and indicators of quality of life / P. Babinčák // *Quality of life and social capital the psychological dimenzie*. – Prešov : Faculty of Arts Prešovskej university in Poprad, 2008. – P. 42–78.
333. Baelum, V. Periodontal epidemiology: towards social science or molecular biology? / V. Baelum, R. Lopez // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2004. – № 32(4). – P. 239–249.
334. Bailit, H. Use of Outcomes Studies by a Managed Care Organization: Valuing Measured Treatment Effects / H. Bailit, J. Frederico, W. McGivney // *Medical Care*. – 1992. – № 30. – P. 15–22.
335. Baker, S. Utility of two oral health-related quality of life measures in patients with xerostomia / S. Baker // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 2006. – № 34. – P. 351–364.
336. Baker, M. J. Marketing Health / M. J. Baker // *Hith Bull*. – 1988. – Vol. 46, № 5. – P. 296–303.
337. Banting, D. W. Epidemiology of root caries / D. W. Banting // *Gerontology*. – 1986. – P. 5–11.
338. Bean, L. R. Pericoronitis: its nature and etiology / L. R. Bean, D. R. King // *J. Am. Dent. Assoc*. – 1971. – № 83. – P. 1072–1079.

339. Berg, T. I. Third molars in Norwegian general dental practice / T. I. Berg // *Acta Odontol Scand.* – 1992. – № 50. – P. 12–17.
340. Bergner, M. Development, testing and use of the Sickness Impact Profile / M. Bergner // Walker, S. R. *Quality of life: Assessment and applications* / S. R. Walker, R. M. Rosser. – Lancaster: MTP Press Limited, 1987. – P. 134–137.
341. Berkey, D. B. Oral health perceptions and self-esteem in non-institutionalized older adults / D. B. Berkey, R. L. Call, M. J. Loupe // *Gerodontology.* – 1987. – № 3. – P. 109–112.
342. Bice, T. W. Uses of Dental Services / T. W. Bice, S. Greenhill // Kohn, R. *Health Care: An International Study* / R. Kohn, K. L. White. – London : Oxford University Press, 1976. – P. 278–304.
343. Blakey, G. H. Clinical/biological outcomes of treatment for pericoronitis / G. H. Blakey, R. P. White Jr., S. Offenbacher // *J. Oral. Maxillofac Surg.* – 1996. – № 54. – P. 1150.
344. Blondeau, F. Extraction of impacted mandibular third molars: Postoperative complications and their risk factors / F. Blondeau, N. G. Daniel // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2007. – № 73. – P. 320–327.
345. Bone, M. R. International efforts to measure health expectancy / M. R. Bone // *J. Epidemiology and Community Health.* – 1992. – Vol. 46. – P. 555–558.
346. Brook, R. H. Overview of adult health status measures fielded in Rand's Health Insurance Study / R. H. Brook, J. E. Ware, A. Davies-Avery // *Med. Care.* – 1979. – № 17. – P. 10–15.
347. Bruce, R. A. Age of patients and morbidity associated with mandibular third molar surgery / R. A. Bruce, G. C. Fredrickson, G. S. Small // *JADA.* – 1980. – № 101. – P. 220–240.
348. Burke, F. Measuring oral health: an historical view and details of a contemporary oral health index / F. Burke, N. Wilson // *International dental Journal.* – 1995. – № 45. – P. 358–370.

- 349.Čeledová, L. H. Mimopracovní activities seniorů as nedílnásoučástzdravotněsociálníprevence / L. H. Čeledová, H. Zavázalová, K. Zikmundová // Geriatria. – 2005. – № 2. – P. 73–77.
- 350.Chace, R. Sr. Survival characteristics of periodontally-involved teeth: A 40-year study / R. Sr. Chace, S. Low // J. Periodontol. – 1993. – Vol. 64. – P. 700–707.
- 351.Chakour, M. C. The effect of age on A deltaand C-fiber thermal pain perception / M. C. Chakour, S. J. Gibson, M. Bradbeer // Pain. – 1996. – V. 64. – P. 143–152.
- 352.Chang, H. H. Periodontal healing after mandibular third molar surgery - A comparison of distolingualalveolectomy and tooth division techniques / H. H. Chang, S. H. Lee, P. J. Kole // Int. J. Oral Maxillofac Surg. – 2004. – № 33. – P. 30–37.
- 353.Change in quality of life after combined orthodontic-surgical treatment of dentofacial deformities / W. S. Choi, S. Lee, C. McGrath, N. Samman // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod. – 2010. – № 109(1). – P. 46–51.
- 354.Chen, M. The relationship between american women's preventive dental behaviour and dental health beliefs / M. Chen, M. Tatsnica // Soc. Sci. Med. – 1984. – Vol. 19. – P. 971–978.
- 355.Chen, X. Length of tooth survival in older adults with complex medical, functional and dental backgrounds / X. Chen, J. J. Clark, S. Naorungroj // J. Am. Dent. Assoc. – 2012. – Vol. 143, № 6. – P. 566–578.
- 356.Chen, M. D. International Collaborative Study of Oral Health Outcomes (ICS-II) / M. D. Chen, R. Andersen, D. Elbein // Bridge. – 1989. – № 3. – P. 7–11.
- 357.Christensen, L. B. A cross-sectional study of oral health and oral health related quality of life among frail elderly persons on admission to a special oral health care programed in Copenhagen City, Denmark / L. B. Christensen // Gerontology. – 2012. – № 29. – P. 392–400.
358. Clinical Validation of the quality-of-life inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment / M. B. Frisch,

- J. Cornell, M. Villanueva, P. J. Retzlaff // *Psychological Assessment*. – 1992. – № 4. – P. 92–101.
359. Cohen, L. K. *Dental Care Delivery in Seven Nations: The International Collaborative Study of Dental Manpower Systems in Relation to Oral Health Studies* / L. K. Cohen // Ingle, J. I. *International Dental Care Delivery System* / J. I. Ingle, P. W. Blair. – Cambridge, MA : Ballinger Publishing Co, 1978. – P. 201–214.
360. Collins, L. G. Pain sensitivity, age and activity level in chronic schizophrenics and in normal adults / L. G. Collins, L. A. Stone // *British Journal of Psychiatry*. – 1966. – V. 112. – P. 33–35.
361. Comparative measurement sensitivity of short and longer health status instruments / J. N. Katz, M. G. Larson, C. B. Phillips [et al.] // *Med. Care*. – 1992. – № 30. – P. 917–925.
362. Comparison of oral health ratings by dentists and dentate elders / K. A. Atchison, R. E. Matthias, T. A. Dolan [et al.] // *J. Public Health Dent*. – 1993. – № 53(4). – P. 223–230.
363. Comparison of generic versus disease-specific measures of functional impairment in patients with cataract / A.M. Damiano, E. P. Steinberg, S. D. Cassard [et al.] // *Med. Care*. – 1995. – №33. – P. 120–130.
364. Comparison of performance of four instruments in evaluating the effects of salmeterol on asthma quality of life / M. P. M. H. Rutten-Van Molken, F. Custers, E. K. van Doorslaer [et al.] // *Eur. Respir. J.* – 1995. – № 8. – P. 888–898.
365. Comparison of quality of life after surgical endodontic treatment using two techniques: A prospective study / I. Tsesis, Y. Shoshani, N. Givol [et al.] // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2005. – № 99. – P. 367–371.
366. Comparative effect of tube drain on post-operative inflammatory complications of impacted mandibular third molar surgery / O. S. Obimakinde, A. O. Fasola, J. T. Arotiba [et al.] // *Niger Postgrad Med. J.* – 2010. – № 17. – P. 194–199.

367. Comparative effect of tube drains on post-operative inflammatory complications of impacted mandibular third molar surgery / O. S. Obimakinde, A. O. Fasola, J. T. Arotiba [et al.] // Niger Postgrad Med. J. – 2010. – № 17. – P. 194–199.
368. Condition-specific quality of life in Jordanian patients with dentofacial deformities: a comparison of generic and disease-specific measures / H. T. Al-Ahmad, W. S. Al-Sa'di, I. K. Al-Omari, Z. B. Al-Bitar // Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. – 2009. – Jan. – 107(1).
369. Conference summary: assessing oral health outcomes - measuring health status and quality of life / G. D. Slade, R. P. Strauss, K. A. Atchison [et al.] // Community Dental Health (in press). – 1995. – P. 76–77.
370. Conn, J. Administration procedures and interviewer training for the Sickness Impact Profile / J. Conn, R. Bobbit, M. Bergner // Department of Health Service, University of Washington. – Seattle, Washington, 1978. – P. 657–659.
371. Coulter, I. Measuring oral health status: theoretical and methodological challenges / I. Coulter, M. Marcus, K. Atchison // Social Science and Medicine. – 1994. – № 38. – P. 1531–1541.
372. Cushing, A. M. Developing socio-dental indicators—The social impact of dental disease / A. M. Cushing, A. Sheiham, S. Maizels // Comm Dent Health. – 1986. – № 3. – P. 3–17.
373. Cunningham, S. J. Development of a condition specific quality of life measure for patients with dentofacial deformity: I. Reliability of the instrument / S. J. Cunningham, A. M. Garratt, N. P. Hunt // Community Dent Oral Epidemiol. – 2000. – № 28(3). – P. 195–201.
374. Damiano, A. M. The Sickness Impact Profile, User's manual and interpretation guide / A. M. Damiano // Medical Outcomes Trust. – Boston : Health Technology Associates ; Washington : DC, 1996. – P. 1036–1045.

375. Davenport, S. Klinisch-pathologische Übersicht Über 33 Fälle mit Manifestation in der Mundhöhle / S. Davenport, Sow-Yen Chen, A. Miller // *Int. J. Parodont. Restaur. Zahnheilk.* – 2001. – № 21. – P. 85–90.
376. Davideková, M. Social support and social services in the system of social protection / M. Davideková // *Sborník 2. Mezinárodní konference Sociální, economic, thousands, and security questions současnosti.* – Prague, 2010.
377. Davis, P. Culture, Inequality and the Pattern of Dental Care in New Zealand / P. Davis // *Social Science and Medicine.* – 1981. – № 15 A. – P. 801–805.
378. Demographics (not only) for demographers / edited by Z. Pavlik. – Prague : SLON, 2009. – 241 p.
379. Dental health status and treatment needs of elderly residents of Edmonton, Alberta / I. M. Kuc, J. A. Hargreaves, G. W. Thompson [et al.] // *J. Can. Dent. Assoc.* – 1990. – Vol. 81, № 2. – P. 109–124.
380. De Busk, R. M. Genomics and Oral Health: An Overview / R. M. DeBusk // *Nutrition and Oral Medicine.* – 2014. – P. 171–194.
381. De Jongh, A. Anxiety sensitivity as a predictor of anxiety and pain related to third molar removal / A. De Jongh, J. A. Lindeboom // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2010. – № 68. – P. 2723–2725.
382. De Jongh, A. Psychological impact of third molar surgery: A 1-month prospective study / A. De Jongh, A. J. van Wijk, J. A. Lindeboom // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 2011. – № 69. – P. 56–60.
383. Determining the need of the elderly people for dental prosthetic restorations in the Chuvash Republic / N. S. Fedorova, R. A. Saleev, G. T. Saleeva, M. I. Shamsutdinov // *Indo American Journal of Pharmaceutical Sciences.* – 2019. – T. 6, № 4. – P. 8149–8153.
384. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research / J. A. Flaherty, F. M. Gaviria, D. Pathak [et al.] // *J. Nervous Mental Disease.* – 1988. – № 176. – P. 257–263.

385. Developing a measure of patient perceptions of short-term outcomes of third molar surgery / D. A. Shugars, K. Benson, R. P. White Jr [et al.] // *J. Oral Maxillofac Surg.* – 1996. – № 54. – P. 1400–1402.
386. Deyo, R. A. Pitfalls in measuring the health status of Mexican Americans: Comparative validity of the English and Spanish SIP / R. A. Deyo // *Am J. Publ. Hlth.* – 1984. – № 74. – P. 569–573.
387. Deyo, R. A. Assessing the responsiveness of functional scale to clinical change: an analogy to diagnostic test performance / R. A. Deyo, R. M. Centor // *J. Chron Dis.* – 1985. – № 39. – P. 897–906.
388. De Lima, M. V. Salivary tests associated with elderly people's oral health / M. V. De Lima, R. D. Gonçalves // *Gerodontology.* – 2013. – № 30. – P. 91–97.
389. Dolan, T. A. Associations of self-reported dental health and general health measures in the Rand Health Insurance Experiment / T. A. Dolan, B. F. Gooch // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1991. – № 19. – P. 1–8.
390. Dolan, T. Identification of appropriate outcomes for an aging population / T. Dolan // *Special Care in Dentistry.* – 1993. – № 13. – P. 35–39.
391. Donabedian, A. The definition of quality and approached to its assessment / A. Donabedian. – Ann Arbor : Health administration Press, 1980. – 163 p.
392. Donabedian, A. The criteria and standards of quality / A. Donabedian. – Ann Arbor : Health administration Press, 1982. – 504 p.
393. Donald, A. The Use of Dental Implants to Improve Quality of life for edentulous patients / A. Donald // *CDA Journal.* – 2008. – №№ 36, 34. – P. 275–285.
394. Dorri, M. Validation of a Persian version of the OIDP index / M. Dorri, A. Sheiham, G. Tsakos // *BMC Oral Health.* – 2007. – № 7 (1). – P. 2.
395. Dunnell, K. Medicine takers, prescribers and hoarders / K. Dunnell, A. Cartwright. – London : Routledge and Kegan Paul, 1972. – P. 22, 100–116.
396. Duffková, J. Sociologie životního stylu / J. Duffková, L. Urban, J. Dubský. – ČeNěk, 2008. – 240 p.

397. Edwards, A. L. Techniques of attitude scale construction / A. L. Edwards. – New York : Appleton-Century-Crafes Inc, 1957. – 256 p.
398. Effect of personality traits on the oral health-related quality of life in patients with oral mucosal disease / A. Fädler, T. Hartmann, T. Bernhart [et al.] // *Clinical Oral Investigatons*. – 2015. – Vol. 19, № 6. – P. 1245–1250.
399. Effectiveness of Quality-of-Life Therapy / G. Grant, V. Salcedo, L. S. Hynan [et al.] // *Psychological Reports*. – 1995. – № 76. – P. 1203–1208.
400. Ekelund, R. Dental state and subjective chewing ability of institutionalized elderly people / R. Ekelund // *Comm Dental Oral Epidemiol*. – 1989. – № 17. – P. 24–27.
401. Elinson, J. Socio-medical health indicators / J. Elinson, A. K. Siegmann. – Farmingdale : Baywood Pub Inc., 1979. – 222 p.
402. Enhancing the quality of life in elderly women through a programme to improve the condition of salivary hypofunction / E. P. Cho, S.-J. Hwang, J. B. Clovis [et al.] // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 972–980.
403. Engel, G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine / G. Engel // *Science*. – 1977. – № 196. – P. 129–136.
404. Esmeriz, C. E. C. Self-perception of oral health in non-institutionalised elderly of Piracicaba city, Brazil / C. E. C. Esmeriz, M. C. Meneghim, G. M. B. Ambrosano // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 281–289.
405. Ervin, R. B. Number of natural and prosthetic teeth impact nutrient intakes of older adults in the United States / R. B. Ervin, B. A. Dye // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 693–702.
406. Evaluation of job applicants: The effects of age versus success / C. L. Connor, P. Walsh, D. K. Litzelman, M. G. Alvarez // *J. Gerontology*. – 1978. – № 3. – P. 246–252.
407. Feinmann, C. Psychogenic pain: presentation and treatment / C. Feinmann, M. Harris // *Brit. Med. J*. – 1984. – Bd. 228. – P. 436–438.

408. Fered, J. Medicare reform: nibbing at catastrophobic costs / J. Fered, V. Moon, W. Scanlon // *Hith. Affairs.* – 1987. – V. 6, № 4. – P. 5–9.
409. Fernandes, C. L. B. Assessment of life quality of a patient with ectodermal dysplasia rehabilitated with osseointegrated implants: Five years clinical and radiographic follow-up / C. L. B. Fernandes, L. R. Durate, C. E. Francischone // *Dental press implantology.* – 2012. – № 6(3). – P. 40–49.
410. Fiske, J. The benefit of dental care to an elderly population assessed using a sociodental measure of oral handicap / J. Fiske, S. Gelbier, R. M. Watson // *British Dent J.* – 1990. – № 168. – P. 153–156.
411. Follick, M. J. The Sickness Impact Profile: A global measure of disability in chronic low back pain / M. J. Follick, T. W. Smith, D. D. K. Ahern // *Pain.* – 1985. – № 21. – P. 67–72.
412. Font, J. Gerostomatologia / J. Font // *Med. Span.* – 1964. – № 32. – P. 45–51.
413. Gender aspects in oral health-related quality of life of oral lichen planes patients / G. Dvorak, B. Monshi, M. Hof [et al.] // *International journal of stomatology & occlusion medicine.* – 2015. – Vol. 8, № 2. – P. 33–40.
414. Giaud, A. Evaluation medicale des soins hospitallers / A. Giaud. – Paris : Economica, 1992. – 226 p.
415. Gift, H. Oral health and the quality of life / H. Gift, M. Redford // *Clinics in Geriatric Medicine.* – 1992. – № 8 (3). – P. 673–683.
416. Gift, H. C. Social impact of oral diseases / H. C. Gift, S. T. Reisine, D. C. Larach // *Am J Public Health.* – 1992. – № 82. – P. 1663–1668.
417. Gift, H. C. Oral Health, Health, and Health Related / H. D. Gift, K. A. Atchison // *Quality of Life. - Medical Care.* – 1995. – № 33(11). – P. 57–77.
418. Gift, H. C. Enhancing outcomes of oral health research: value of qualitative methods / H. C. Gift // San Francisco, CA: 74th Meeting of the International Association of Dental Research. – 1996. – P. 245–250.

419. Green, L. W. Health promotion planning: An educational and environmental approach / L. W. Green, M. W. Kreuter // Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company. – 1991. – P. 45–57.
420. Grembowski, D. The growth of managed dental care and the erosion of professional autonomy / D. Grembowski, P. Milgrom, L. Fiset // Gen Dent. – 1991. – № 6. – P. 438–443.
421. Gooch, B. E. Correlates of self-reported dental health status upon enrollment in the Rand Health Insurance Experiment / B. E. Gooch, T. A. Dolan // J. Dent Educ. – 1989. – № 53. – P. 629–637.
422. Gordon, S. R. Patient satisfaction with current dental condition related to self-concept and dental status / S. R. Gordon, G. E. Fryer, L. Niessen // J. Prosth Dent. – 1988. – № 59. – P. 323–327.
423. Guillemin, F. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines / F. Guillemin, C. Bombardire, D. Beaton // J. Clin. Epidemiol. – 1993. – № 46. – P. 1417–1432.
424. Haighton, C. The Do-Well study: protocol for a randomised controlled trial, economic and qualitative process evaluations of domiciliary welfare rights advice for socio-economically disadvantaged older people recruited via primary health care / C. Haighton, S. Moffatt, D. Howel // BMC Public Health. – 2012. – Vol. 12, № 1. – P. 382.
425. Hassan, S. J. Assessment of quality of life in head and neck cancer patients / S. J. Hassan, E. A. Weymuller // Head Neck. – 1993. – № 15. – P. 485–496.
426. Harkins, S. W. Detection and decision in pain perception in young and elderly men / S. W. Harkins, C. R. Chapman // Pain. – 1976. – V. 2. – P. 253–264.
427. Hartl, P. Psychological dictionary / P. Hartl, H. Hartlová. – Prague : Portal, 2000. – 774 p.

428. He, S.-L. Reliability and validity of a Chinese version of the Oral Health Impact Profile for edentulous subjects / S.-L. He, J.-H. Wang // *Quality of Life Research*. – 2015. – Vol. 24, № 4. – P. 1011–1016.
429. Health status assessment in rheumatoid arthritis II: Evaluation of a modified shorter Sickness Impact Profile / M. Sullivan, M. Ahlmen, A. Bjelle, J. Karlsson // *J. Rheumatol.* – 1993. – № 20. – P. 1500–1507.
430. Hebling, E. Oral health-related quality of life: a critical appraisal of assessment tools used in elderly people / E. Hebling, A. C. Pereira // *Gerodontology*. – 2007. – № 24 (3). – P. 151–161.
431. Hnilicová, H. Quality of life and its meaning for medicine and health care / H. Hnilicová. – Prague : In the Quality of life and health, Triton, 2005. – PP. 205–216.
432. Hnilicová, H. Quality of life definition of the concept and its meaning for medicine and health care / H. Hnilicová, V. Bencko // *A practical physician*. – 2005. – Vol. 85, № 11. – PP. 656–660.
433. Hodgson, T. A. The economic impact of cancer in the United States / T. A. Hodgson // *Cancer: epidemiology and prevention* / D. Schottenfeld, J. F. Fraumeni. – Philadelphia, PA : Saunders, 1982. – P. 345–352.
434. Hoffman, H. Leistungsfähigkeit und Qualität von Diagnostik und Therapie / H. Hoffman // *Krankenhaus*. – 1994. – Vol. 76, № 7. – P. 307–310.
435. Hunt, R. J. Measuring health status / R. J. Hunt, J. McEwan, S. P. McKenna // London: Croom Helm. – 1986. – № 87. – P. 452–460.
436. Hunt, R. J. Racial variations in social impact among older community-dwelling adults / R. J. Hunt, G. D. Slade, R. Strauss // *J. Public Health Dent*. – 1995. – № 55. – P. 205–209.
437. Impact of dry mouth and hyposalivation on oral health-related quality of life of elderly Japanese / K. Ikebe, K. Matsuda, K. Morii [et al.] // *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*. – 2007. – № 103 (2). – P. 216–222.

438. Impact of masticatory performance on oral health-related quality of life for elderly Japanese / K. Ikebe, T. Hazeyama, K. Morii [et al.] // *The International journal of prosthodontics*. – 2006. – № 20 (5). – P. 478–485.
439. Impact of oral health status on oral health-related quality of life in Chinese hospitalised geriatric patients / D. S. F. Yu, D. T. F. Lee, A. W. L. Hong [et al.] // *Quality of Life Research*. – 2008. – № 17(3). – P. 397–405.
440. Impact of removable dentures on oral health-related quality of life among elderly adults in Taiwan / Y.-Y. Yen, H.-E. Lee, Y.-M. Wu [et al.] // *BMC Oral Health*. – 2015. – P. 15:1.
441. Influence of denture improvement on the nutritional status and quality of life of geriatric patients / B. Wöstmann, K. Michel, B. Brinkert [et.al.] // *J. Dent*. – 2008. – № 36. – P. 816–821.
442. Intervention study of exercise program for oral function in healthy elderly people / H. Ibayashi, Y. Fujino, T.-M. Pham, S. Matsuda // *Tohoku J Exp Med*. – 2008. – № 215. – P. 237–245.
443. Interventions for the Management of Denture Stomatitis: A Systematic Review and Meta-Analysis / J. B. Hilgert, J. M. do Amaral Giordani, R. F. de Souza [et al.] // *J. Am. Geriatric Soc*. – 2016. – Dec. 64 (12). – P. 2539–2545.
444. Jakobsen, R. Validation of oral status indicators / R. Jakobsen, R. J. Hunt // *Community Dental Health*. – 1990. – № 7. – P. 279–284.
445. Jones, J. A. Oral Health for Aging Veterans / J. A. Jones, L. B. Kazis, W. R. Maas // *Medical Care*. – 1995. – № 33. – P. 11.
446. Kazis, L. E. Effect sizes for interpreting changes in health status / L. E. Kazis, J. J. Anderson, R. F. Meenan // *Med. Care*. – 1989. – № 27. – P. 178–189.
447. King, T. Oral health status and treatment needs of institutionalized elderly and disadvantaged population in Fiji (1997) / T. King, D. Kapadia // *Pac. Health Dialog*. – 2003. – Vol. 10, № 1. – P. 35–40.

448. Kiyak, H. A. Psychological factors and dental needs of the elderly / H. A. Kiyak // *Spec. Care Dent.* – 1981. – № 1. – P. 22–30.
449. Kiyak, H. A. Achieving successful aging: The impact of oral health / H. A. Kiyak // *Geriatrics & Gerontology International.* – 2004. – № 4(s1). – P. 32–33.
450. Kossioni, A. E. The stomatognathic system in the elderly. Useful information for the medical practitioner / A. E. Kossioni, A. S. Dantas // *Clin. Interv. Aging.* – 2007. – № 2. – P. 591–597.
451. Kossioni, A. E. The prevalence of denture stomatitis and its predisposing conditions in an older Greek population / A. E. Kossioni // *Gerontology.* – 2011. – № 28. – P. 85–90.
452. Kováč, D. The quality of life of seniors and spirituality / D. Kováč // Čornaničová, R. The Enrichment of the lives of the elderly edukačnými activities / R. Čornaničová. – Bratislava, 2000. – PP. 62–66.
453. Kováč, D. Quality of life an urgent challenge for the science of the new century / D. Kováč // *Czechoslovak psychology.* – 2001. – Year XLV, № 1.
454. Kressin, N. R. Self-reported assessments of oral health outcomes / N. R. Kressin. – San Francisco, CA : 74 General Session and Exhibition of the International Association of Dental Research, 1996. – Abstract № 2727. – P. 475–480.
455. Kressin, N. R. Associations among different assessments of oral health outcomes / N. R. Kressin // *J. Dent. Educ.* – 1996. – № 60 (6). – P. 502–506.
456. Křížová, E. Quality of life in the context of everyday life / E. Křížová // *Quality of life and health.* – Prague, 2005. – P. 217–233.
457. Křížová, E. The sociological conditions of quality of life / E. Křížová // *Quality of life and health.* – Prague, 2005. – P. 351–364.
458. Laine, C. Patient – Centered Medicine. A Professional Evolution / C. Laine, F. Davidoff // *ZAMA.* – 1996. – V. 275, № 2. – P. 152–156.

459. Langlus, A. Functional status and coping patients with oral and pharyngeal cancer before and after surgery / A. Langlus, J. Bjorvell, M. G. Lind // *Head Neck*. – 1994. – № 16. – P. 559–568.
460. Leake, J. An index of chewing ability / J. Leake // *Journal of Public Health Dentistry*. – 1990. – № 50. – P. 262–267.
461. Leao, A. The Development of a socio-dental Measure of Dental Impacts on Daily Living / A. Leao, A. Sheiham // *Community Dent Health*. – 1996. – № 13. – P. 22–26.
462. Lei, H. A psychometric Study of Life Events and Social Readjustment / H. Lei, H. A. Skinner // *J. of Psychosomatic Res.* – 1980. – № 24. – P. 57–65.
463. Leidy, N. K. Psychophysiologic factors contributing to performance in people with COPD: Are there gender differences? / N. K. Leidy, G. A. Traver // *Res. Nur. Hlth.* – 1995. – № 18. – P. 535–546.
464. LeResche, L. Assessing Physical and Behavioral Outcomes of Treatment / L. LeResche // *Presentation at the NIH Technology Assessment Conference on Management of Temporomandibular Disorders*. – 1996. – P. 376–387.
465. Lerner, D. Health-related quality of life: origins, gaps and directions / D. Lerner, S. Levine // *Advances in Medical Sociology*. – 1994. – № 5. – P. 43–65.
466. Likert, R. A method for measuring the sales influence of a radio program / R. Likert // *J. of Applied Psychology*. – 1936. – Vol. 20 (2). – P. 175–182.
467. Litomerický, W. Geriatria / W. Litomerický. – Martin : Neografia, 1992.
468. Locker, D. Prevalence of oral and facial pain and discomfort. Preliminary results of a mail survey / D. Locker, M. Grushka // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 1987. – № 15. – P. 69–72.
469. Locker, D. Oral Health and the quality of life among older adults: The Oral Health Impact Profile / D. Locker, G. D. Slade // *Can. Dent J.* – 1993. – № 59. – P. 830–44.

470. Locker, D. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older population / D. Locker, G. Slade // *Gerodontology*. – 1994. – № 2. – P. 108–114.
471. Locker, D. Evaluation of subjective oral health status indicators / D. Locker, Y. Miller // *Journal of Public Health Dentistry*. – 1994. – № 54(3). – P. 167–176.
472. Locker, D. Clinical correlates of changes in self-perceived oral health / D. Locker // *Community Dent Oral Epidemiol*. – 1997. – № 25. – P. 199–203.
473. Locker, D. Dental status, xerostomia and the oral health-related quality of life of an elderly institutionalized population / D. Locker // *Special Care in Dentistry*. – 2003. – № 23 (3). – P. 86–93.
474. Locker, D. Oral health and quality of life / D. Locker // *Oral. Health Prev. Dent*. – 2004. – № 2 (Suppl. 1). – P. 247–253.
475. Loss of natural dentition: multi-level effects among a geriatric population / K. Divaris, A. Ntounis, A. Marinis [et al.] // *Gerodontology*. – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 192–199.
476. Maizels, J. Dental Disease and health behaviour: the development of an interactional model / J. Maizels, A. Maizels, A. Sheiham // *Community Dental Health*. – 1991. – № 8. – P. 311–321.
477. Mareš, J. Problems spojetí the concept of "quality of life" and his definovaním / J. Mareš // *Quality of life in children and dospievajúcich Even*. – Brno : MSD, 2006. – P. 11–28.
478. Mojon, P. Estimates of time and propensity for dental treatment among institutionalized elders / P. Mojon, M. I. MacEntee // *Gerodontology*. – 1994. – № 11(2). – P. 99–107.
479. Marcus, M. A proposed index of oral health status: A practical application / M. Marcus, A. L. Koch, J. A. Gershen // *J. Am. Dental Assoc*. – 1983. – № 107. – P. 729–733.

480. Marcus, M. Relationship between clinical and self-perceived oral health status / M. Marcus, K. Atchison, I. Coulter // *J. Dental Research*. – 1996. – № 527. – P. 5.
481. Michalos, A. *The Philosophy of Jaakko Hintikka* / A. Michalos. – La Salle : Randall E. Auxier and Lewis Edwin Hahn, 2006. – 971 p.
482. Mohammad, A. R. Osteoporosis and periodontal disease: a review / A. R. Mohammad, J. D. Jones, M. A. Brunsvold // *J. Calif. Dent. Assoc.* – 1994. – Vol. 22, № 3. – P. 69–75.
483. McGrath, C. Overview of Instruments Used to Assess Quality of Life in Dentistry / C. McGrath, S. N. Rogers // *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. – 2010. – P. 143–158.
484. McDowell, I. *Measuring health: A guide to rating scales and questionnaires* / I. McDowell, C. Newell. – New York : Oxford University Press, 1987. – P. 456–463.
485. Meade, T. Health-related quality of life in a sample of Australian adolescents: gender and age comparison / T. Meade, E. Dowswell // *Quality of Life Research*. – 2015. – Vol. 24, № 12. – P. 2933–2938.
486. Mechanic, D. Emerging trends in the application of the social sciences to health and medicine / D. Mechanic // *Soc. Sci. Med.* 1995. – № 40. – P. 1491.
487. Measuring quality of life in patients with myocardial infarction or stroke: A feasibility study of four questionnaires in The Netherlands / M. C. Visser, P. J. Koudstaal, R. A. Erdman [et al.] // *J. Epidemiol. Comm. Health*. – 1995. – № 49. – P. 513–517.
488. Merry, P. Yardsticks evolved for patient care / P. Merry // *Health and social service Journal*. – 1984. – Vol. 94, № 900. – P. 674–677.
489. Naka, O. Assessing oral health promotion determinants in active Greek elderly / O. Naka, V. Anastassiadou // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 427–434.
490. Nettleton, S. *The Sociology of Health and Illness* / S. Nettleton. – Cambridge : Polity Press, 1995. – P. 678–680.

491. Nikias, M. K. An oral health index based on ranking of oral status profiles by panels of dental professionals / M. K. Nikias, W. A. Sollecito, R. Fink // *J. Public Health Dent.* – 1979. – № 39. – P. 16–26.
492. Oral and general health-related quality of life in patients treated for oral cancer compared to control group / R. Barrios, M. Bravo, J. A. Gil-Montoya [et al.] // *Health and Quality of Life Outcomes.* – 2015. – P. 13–19.
493. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients / E. Coates, G. D. Slade, A. N. Goss, E. Gorkic // *Aust. Dent. J.* – 1996. – № 41. – P. 33–36.
494. Oral health assessment of a frail elderly homebound population / J. M. Calabrese, P. K. Friedman, L. Rose, J. A. Jones // *J. Dental Research.* – 1996. – № 75 (IADR Abstracts). – P. 152.
495. Oral Health Care Delivery Systems: An International Collaborative Study / H. A. Arnljot, D. E. Barmes, L. K. Cohen [et al.]. – London : Quintessence Publishing Co, 1997. – № 43. – P. 243–250.
496. Oral health in institutionalised elderly people in Oslo, Norway and its relationship with dependence and cognitive impairment / D. J. Zuluaga, J. Ferreira, J. A. G. Montoya, T. Willumsen // *Gerodontology.* – 2001. – № 29. – P. 420–426.
497. Oral health of the elderly living in residential homes in Slovenia / M. Petelin, J. Cotič, K. Perkič, A. Pavlič // *Gerodontology.* – 2012. – № 29. – P. 447–457.
498. Oral Health-Related Quality of Life and Nutritional Status / J. Gil-Montoya, C. Subirá, J. M. Ramón, M. A. González-Moles // *Journal of Public Health Dentistry.* – 2008. – № 68 (2). – P. 88–93.
499. Oral health-related quality of life and nutritional status of institutionalized elderly population aged 60 years and above in Mysore City, India / N. Kshetrimayum, C. V. K. Reddy, S. Siddhana [et al.] // *Gerodontology.* – 2013. – № 30. – P. 119–125.
500. Oral health-related quality of life of older people from three South American cities / A. Fuentes-García, L. Lera, H. Sánchez, C. Albala // *Gerodontology.* – 2013. – № 30 (1). – P. 67–75.

501. Oral health-related quality of life and malnutrition in patients treated for oral cancer / R. Barrios, G. Tsakos, B. García-Medina [et al.] // *Supportive Care in Cancer*. – 2014. – Vol. 22, № 11. – P. 2927–2933.
502. Oral health-related quality of life in diabetic patients: comparison of the Persian version of Geriatric Oral Health Assessment Index and Oral Health Impact Profile: A descriptive-analytic study / A. Nikbin, M. Bayani, N. Jenabian [et al.] // *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. – 2014. – P. 13:32.
503. Oral health status of long-term care residents – A vulnerable population / D. C. Matthews, J. B. Clovis, M. G. S. Brilliant [et al.] // *J. Can. Dent. Assoc.* – 2012. – № 78. – P. 3.
504. Oral sensorial complaints, salivary flow rate and mucosal lesions in the institutionalized elderly / I. Glazar, M. M. Urek, G. Brumini, S. Pezelj-Ribaric // *J. Oral Rehab.* – 2010. – № 37. – P. 93–99.
505. Oral status and its association with general quality of life in older independent-living south-Brazilians / F. N. Hugo, J. B. Hilgert, M. da L. Rosário de Sousa, J. A. Cury // *Community Dent Oral Epidemiol.* – 2009. – № 37. – P. 231–240.
506. Oral status in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living: prevalence of edentulous subjects, caries and periodontal disease / A. Holmen, E. Strömberg, M.-L. Hagman-Gustafsson [et al.] // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 503–511.
507. Patient utilities in fibromyalgia and the association with other outcome measures / C. Bakker, M. Rutten, M. van Santen-Hoeufft [et al.] // *J. Rheumatol.* – 1995. – № 22. – P. 1536–1543.
508. Patrick, D. L. Measurement of health status in the 1990 s. / D. L. Patrick, M. Bergner // *Ann Rev Public Health*. – 1990. – № 11. – P. 165–183.
509. Perceived oral health and utilization in an aged (75±) population / T. A. Dolan [et al.] // *J. Dental Research*. – 1990. – № 1261. – P. 234–240.

510. Phipps, K. R. The oral health status, treatment needs, and dental utilization patterns of Native American elders / K. R. Phipps, N. Reifel, E. Botwell // *J. Public Health Dent.* – 1991. – Vol. 51, № 4. – P. 228–233.
511. Prevalence and risk indicators of oral mucosal lesions in an urban population from South Brazil / V. Carrad, A. Haas, P. Rados [et al.] // *Oral Diseases.* – 2011. – Vol. 17, № 2. – P. 171–179.
512. Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio-demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community-based study / R. Srivastava, S. K. Gupta, V. P. Mathur [et al.] // *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health.* – 2013. – Vol. 44, № 3. – P. 523–533.
513. Prevalence of oral mucosal lesions in institutionalized elderly people in Mashhad, Northeast Iran / P. M. Mozafari, Z. Dalirsani, Z. Delavarian [et al.] // *Gerodontology.* – 2012. – Vol. 29, № 2. – P. 930–934.
514. Problem elicitation to assess patient priorities in ankylosing spondylitis and fibromyalgia / C. Bakker, S. van der Linden, M. van Santen-Hoeufft [et al.] // *J. Rheumatol.* – 1995. – № 22. – P. 110–130.
515. Progress Report of the Committee on Sociodental Indicators of the Behavioral Science Group of the International Association for Dental Research / M. K. Nikias, H. L. Bailit, J. D. Beck [et al.] // Erfurt, German Democratic Republic. – 1980. – September 7–11. – P. 132–135.
516. Quality of life assessment in therapeutic trials: Rationale for and presentation of a more appropriate instrument / P. Gerin, A. Dazord, J. Boissel, R. Chifflet // *Community Dental Health.* – 1989. – № 6. – P. 257–270.
517. Reisine, S. T. The impact of dental conditions of social functioning and the quality of life / S. T. Reisine // *Ann. Rev. Public Health.* – 1988. – № 9. – P. 1–19.
518. Reisine, S. An overview of self-reported outcome assessment in dental research / S. Reisine // *Journal of Dental Education.* – 1996. – № 60. – P. 488–493.

519. Relationship between subjective oral health status and lifestyle in elderly people: a cross-sectional study in Japan / M. Yoshioka, D. Hinode, M. Yokoyama [et al.] // *ISRN dentistry*. – 2013. – P. 2013.
520. Relative responsiveness of condition-specific and generic health status measures in degenerative lumbar spinal stenosis / G. Stucki, M. H. Liang, A. H. Fossel, J. N. Katz // *J. Clin. Epidemiol.* – 1995. – № 48. – P. 1369–1378.
521. Relative risks, benefits and costs of intervention / P. Tugwell [et al.] // *Tropical and geographic medicine* / editors: K. S. Warren, A. A. F. Mahmoud. – New York : McGraw Hill, 1985. – P. 1097–10113.
522. Results of the socio-dental survey of people aged 50 and older living in East York, Ontario / J. L. Leake, D. Locker, S. A. Price [et al.] // *Can. J. Public. Health.* – 1990. – Vol. 81, № 2. – P. 120–124.
523. Rokke, P. D. Depression treatment preferences in younger and older adults / P. D. Rokke, F. Scogin // *Journal of Clinical Geropsychology*. – 1995. – Bd. 1. – P. 243–257.
524. Roland, M. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low-back pain / M. Roland, R. Morris // *Spine*. – 1983. – № 8. – P.141–144.
525. Rychtaříková, J. Successful aging – the leitmotif of the 21st century / J. Rychtaříková // *Demography*, 44. – 2002. – № 1. – P. 43–46.
526. Sadovská, M. The quality of life of cancer patients in palliative care: the thesis / M. Sadovská. – Olomouc: Palacký University in Olomouc, 2011. – 141 p.
527. Saintrain, M. V. Impact of tooth loss on the quality of life / M. V. Saintrain // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 632–636.
528. Saleev, R. Quality of life in geriatric patients with various dentition defects / R. Saleev, N.S. Fedorova, G. Saleeva [et al.] // *Archiv EuroMedica*. - 2020. - T. 10. № 4. - C. 176-180.

529. Saunders. R. H. Jr. Dental caries in older adults / R. H. Jr. Saunders, C. Meyerowitz // *Dent. Clin. North Am.* – 2005. – Vol. 49, № 2. – P. 293–308.
530. Scanning electron microscopic study of dentinal pulpal walls in relation to age and tooth area / T. Tsurumachi, T.-J. Huang, W. Zhan [et al.] // *J. Oral Sci.* – 2008. – Vol. 50, № 2. – P. 199–203.
531. Shah, N. Impact of socio-demographic variables, oral hygiene practices and oral habits on periodontal health status of Indian elderly: a community-based study / N. Shah, K. R. Sundaram // *Indian J. Dent. Res.* – 2003. – Vol. 14, № 4. – P. 289–297.
532. Sheiham, A. The concept of need in dentistry / A. Sheiham, J. E. Maizels, A. Cushing // *International Dent. J.* – 1982. – № 32. – P. 265–268.
533. Sheiham, A. New Composite Indicators of Dental Health / A. Sheiham, J. E. Maizels, A. Maizels // *Community Dental Health.* – 1987. – № 4. – P. 407–414.
534. Shortened dental arch therapy: views of consultants in restorative dentistry in the United Kingdom / P. F. Allen, D. F. Witter, N. H. Wilson, A. F. Kayser // *J. Oral Rehabil.* – 1996. – № 23(7). – P. 481–485.
535. Sickness Impact Profile: The state of the art of a generic functional status measure / A. F. de Bruin, L. P. de Witte, F. Stevens, J. P. Diederiks // *Soc. Sci. Med.* – 1992. – № 35. – P. 1003–1014.
536. Silva, A. E. Oral health-related quality of life and associated factors in Southern Brazilian elderly / A. E. Silva, F. F. Demarco, C. A. Feldens // *Gerodontology.* – 2015. – № 32(1). – P. 35–45.
537. Singh, K. A. Chewing disability in older adults attributable to tooth loss and other oral conditions / K. A. Singh, D. S. Brennan // *Gerodontology.* – 2012. – № 29. – P. 106–110.
538. Slade, G. D. Effects of data collection methods on self-reported oral health impact / G. D. Slade, A. J. Spencer, P. J. Keily // *Dent. Res.* – 1992. – № 71 (4). – P. 978.

539. Slade, G. D. Patterns of change in impact of oral disorders among seniors / G. D. Slade, D. J. Locker // *Dent. Res.* – 1993. – № 72 (4). – P. 265. – Abstract 1294.
540. Slade, G. D. Development and evaluation of the oral health impact profile / G. D. Slade, A.J. Spencer // *Community Dental Health.* – 1994. – № 11. – P. 3–11.
541. Slade, G. D. Social impact of oral disease among older adults / G. D. Slade, A. J. Spencer // *Aust. Dent. J.* – 1994. – № 39. – P. 358–364.
542. Slade, G. D. Tooth-loss incidence and its social impact among older South Australians / G. D. Slade, A. J. Spencer // *J. Dent. Res.* – № 74 (IADR Abstracts). – 1995. – P. 520. – Abstract 956.
543. Slade, G. D. Trends and fluctuations in the impact of oral conditions among older adults during a one-year period / G. D. Slade, G. W. Hoskin, A. J. Spencer // *Community Dent Oral Epidemiology.* – 1996. – № 24. – P. 317–321.
544. Slade, G. D. Dentures and oral health impact among elderly edentulous South Australians / G. D. Slade, A. J. Spencer // *J. Dent. Res.* – 1996. – № 75 (IADR Abstracts). – P. 240. – Abstract 1780.
545. Smith, J. M. How dental conditions handicap the elderly / J. M. Smith, A. Sheiham // *Comm. Dent. Oral Epidemiology.* – 1979. – № 7. – P. 305–310.
546. Social and psychologic implications of missing teeth for chewing ability / S. P. Oosterhaven, G. P. Westert, R. M. Schaub, A. van der Bilt // *Comm Dent Oral Epidemiol.* – 1988. – № 16. – P. 79–82.
547. Šolcová, I. Quality of life in psychology: Personal well-being (well-being), its determinants and predictors. Quality of life-the Proceedings of a conference held on 25. 10. 2004 in Třeboň / I. Šolcová. – Kostelec nad Černými Mlýny : Institute of healthcare policy and economics, 2004.
548. Spencer, A. J. The Social Impact of Oral Disease in Elderly Populations / A. J. Spencer // NIDR Grant R01-DE09588. – 1991–1994.
549. Spirduso, W. W. Physical dimensions of aging / W. W. Spirduso, K. L. Francis, G. P. Mac Rae // *Human Kinetics.* – USA, 2005. – P. 373.

550. Spirduso, W. W. Physical dimensions of aging / W. W. Spirduso // *Human Kinetics*. – USA, 1995. – P. 419.
551. Spolsky, V. W. Measurement of dental health status / V. W. Spolsky, K. J. Komberg, K. N. Lohr. – Santa Monica, CA: Rand. – 1983. – P. 23–35.
552. Oral health-related quality of life--associations with oral health and conditions in Swedish 70-year-old individuals / U. Stenman, M. Ahlqwist, C. Björkelund, M. Hakeberg // *Gerodontology*. – 2012. – № 29. – P. 440–446.
553. Strauss, R. P. Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life / R. P. Strauss, R. J. Hunt // *J. Am. Dent. Assoc.* – 1993. – № 124. – P. 105–110.
554. Strauss, R. P. How Teeth Matter: Race and Dental Beliefs among Older Adults / R. P. Strauss, R. J. Hunt // *JDR*. – 1993 (Special Issue). – Abstract № 1296. – P. 265.
555. Stewart, A. Conceptualizing and measuring quality of life in older populations / A. Stewart, A. King // *Aging and the Quality of Life* / R. Abeles [et al.] (Eds). – New York : Springer Publishing Company, 1994. – P. 134–140.
556. Subjective impact of minimally invasive dentistry in the oral health of older patients / C. Mata, M. Cronin, D. O'Mahony [et al.] // *Clinical Oral Investigations*. – 2015. – Vol.19, № 3. – P. 681–687.
557. Šulganová, T. O. Quality of life adolescentov in children domovoch: diploma work / T. O. Šulganová. – Brno : Masaryk university, 2009. – 135 p.
558. The development of a short generic version of the Sickness Impact Profile / A. F. de Bruin, J. P. Diederiks, L. P. de Witte [et al.] // *J. Clin. Epidemiol.* – 1994. – № 47. – P. 407–418.
559. The effect of elective total hip replacement on health-related quality of life / A. Laupacis, R. Bourne, C. Rorabeck [et al.] // *J. Bone Jnt. Surg.* – 1993. – № 11. – P. 1619–1625.

560. The impact of oral health conditions, socioeconomic status and use of specific substances on quality of life of addicted persons / T. C. N. Marques, K. L. M. Sarracini, K. L. Cortellazzi [et al.] // *BMC Oral Health*. – 2015. – 15:38.
561. The Sickness Impact Profile: Development of an outcome measure of health care / B. S. Gilson, J. S. Gilson, M. Bergner [et al.] // *Am. J. Public Health*. – 1975. – № 65. – P. 1304–1310
562. The Sickness Impact Profile: Validation of a Health Status Measure / M. Bergner, R. A. Bobbitt, W. E. Pollard [et al.] // *Medical Care*. – 1976. – № 14. – P. 57–67.
563. The Sickness Impact Profile: Conceptual formulation and methodological development of a health status index / M. Bergner, R. A. Bobbitt, S. Kressel [et al.] // *Int. J. Health Serv.* – 1976. – № 6. – P. 393–415.
564. The Sickness Impact Profile: reliability of a health status measure / W. E. Pollard, R. A. Bobbitt, M. Bergner [et al.] // *Med. Care*. – 1976. – № 14. – P. 57–67.
565. The Sickness Impact Profile: SIP68, a short generic version, first evaluation of the reliability and reproducibility / A. F. de Bruin, M. Buys, L. P. de Witte, J. P. Diederiks // *J. Clin Epidemiol.* – 1994. – № 47. – P. 863–871.
566. The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population – based study / B. Thompson, P. Cooney, H. Lawrence [et al.] // *BMC Oral Health*. – 2014. – 14:78.
567. The potential oral health impact of cost barriers to dental care: findings from a Canadian population – based study / B. Thompson, P. Cooney, H. Lawrence [et al.] // *BMC Oral Health*. – 2014. – 14:78.
568. Tsakos, G. Evaluation of a modified version of the index of Oral Impacts on Daily Performances (OIDP) in elderly populations in two European countries / G. Tsakos, W. Marcenes, A. Sheiham // *Gerodontology*. – 2001. – № 18 (2). – P. 121–130.

569. Tourville, L. F. Baseline results from the Minnesota oral health values outcomes study / L. F. Tourville, M. Marcus, A. C. Schreier // *J. Dental Research*. – 1996. – № 75 (IADR Abstracts). – P. 83.
570. Twaddle, A. C. The concept of health status / A. C. Twaddle // *Social Sciences Medicine*. – 1974. – № 8. – P. 29–38.
571. Turner, M. D. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people / M. D. Turner, J. A. Ship // *JADA*. – 2007. – № 138. – P. 15–20.
572. Uher, I. Determinants of quality of life of seniors: The scientific monograph / I. Uher; Institute of physical education and sport, University of PavolJozefšafárik university in Košice. – 2014. – 133 p. – URL: <http://www.upjs.sk/pracoviska/univerzita-kniznica/epublikacia/#utvs> (дата обращения: 12.11.2021).
573. Usha, G. Comparative assessment of validity and reliability of the Oral Impacts on Daily Performance (OIDP) frequency scale: a cross-sectional survey among adolescents in Davanagere city, Karnataka, India / G. Usha, H. Thippeswamy, L. Nagesh // *International journal of dental hygiene*. – 2013. – № 11 (1). – P. 28–34.
574. Validation of a Spanish version of the oral health impact profile (OHIP-14Sp) in elderly Chileans / S. Leon, D. Bravo-Cavicchioli, G. Correa-Beltrán, R. A. Giacaman // *BMC Oral Health*. – 2014. – 14:95.
575. Van Dyke, T. E. The etiology and pathogenesis of periodontitis revisited / T. E. Van Dyke // *J. Appl. Oral Sci*. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 4.
576. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina / G. D. Slade, A. J. Spencer, D. Locker [et al.] // *J. Dent. Res*. – 1996. – № 75. – P. 1439–1450.
577. Važanský, M. Attributes of life of older persons with ohledem on the proměny company / M. Važanský // *Elan vital in the area of medzigeneračných relations: Proceedings contributions from the conference from the international participation*. – Presov : Philosophical faculty of Presov university, 2010. –P. 194–200.

578. 20y quality of life // Quality of life and social capital of the psychological dimensions. – Prešov : Philosophical faculty of Presov university, 2008. – P. 42–78.
579. Veenhoven, R. Advances in understanding happiness / R. Veenhoven // *Revue Québécoise de Psychology*. – 1997. – № 18 – P. 29–74.
580. Venta, I. Clinical follow-up study of third molar eruption from ages 20 to 26 years / I. Venta // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. – 1991. – № 72. – P. 150–153.
581. Quality of life in patients with resected esophageal cancer / F. C. E. van Knippenberg, J. J. Out, H. W. Tilanus [et al.] // *Soc. Sci. Med*. – 1992. – № 35. – P. 139–145.
582. Vigild, M. Benefit related assessment of treatment need among institutionalised elderly people / M. Vigild // *Gerodontology*. – 1993. – № 10(1). – P. 10–15.
583. Wang, A. A survey of oral health-related quality of life and related influencing factors in elderly patients. *Zhonghuakouqiangyixuezhazhi* / A. Wang, J. Ling // *Chinese journal of stomatology*. – 2007. – № 42 (8). – P. 489–491.
584. Ware, J. E. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36), I: conceptual framework and item selection / J. E. Ware, C. D. Sherbourne // *Med. Care*. – 1992. – № 30. – P. 473.
585. Wilson, I. B. Linking clinical variables with health-related quality of life / I. B. Wilson, P. D. Cleary // *JAMA*. – 1995. – № 273. – P. 59–65.
586. Willumsen, T. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia / T. Willumsen, B. Fjaera, H. Eide // *Gerodontology*. – 2010. – № 27. – P. 251–257.
587. Wysokinska-Miszczuk, J. Health of the stomatognathic system in old people / J. Wysokinska-Miszczuk // *Wiad. Lek*. – 1989. – Vol. 42, № 10. – P. 636–640.
588. Wolinsky, F. D. Background attitudinal and behavioral patterns of individuals occupying eight discrete health states / F. D. Wolinsky, S. R. Wolinsky // *Sociol. Health Illness*. – 1981. – № 3. – P. 31–48.

589. Work-Family Conflict and Oral and General Health-Related Quality of Life / K. A. Singh, A. J. Spencer, K. F. Roberts-Thomson, D. S. Brennan // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2015. – Vol. 22, № 4. – P. 489–497.
590. Yellen, S. B. Ignorance is bliss? Beliefs about illness and perception of wellbeing / S. B. Yellen // *Washington, DC: 4th International Congress of Behavioral Medicine*. – Washington, 1996. – Abstract SYM. – P. 16.
591. Yewe-Dwyer, M. The definition of oral health / M. Yewe-Dwyer // *British Dental Journal*. – 1993. – № 174. – P. 224–225.
592. Zavázalová, H. Selected chapters of zesociální gerontology / H. Zavázalová. – Karolinum, 2001. – 97 p.
593. Zavázalová, H. Nemocnost, potreba la spotreba medical péče u persons vyššíhověku / H. Zavázalová, V. Zaremba, K. Zikmundová // Kalvach, Z., Z. Zadák, R. Jiráček, H. 2004. (in Slovak)
594. Zitzmann, N. U. Patient satisfaction with removable implant supported prostheses in the edentulous mandible / N. U. Zitzmann, C. P. Marinello // *Schweiz Monatsschr. Zahnmed.* – 2006. – Vol. 116 (3). – P. 237–244.
595. Zola, I. K. Issues and suggestions in a study of health and illness behavior – a consultant's report / I. K. Zola. – Waltham, Mass. USA. Dept. of Sociology, Brandeis University, 1972. – P. 14–17.

СПИСОК ИЛЛЮСТРАТИВНОГО МАТЕРИАЛА

Рисунок 1 - Этапы и объем исследования.....	39
Рисунок 2 - Возрастная структура пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%).....	96
Рисунок 3 - Гендерный профиль пациентов группы наблюдения пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%).....	97
Таблица 1 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди) у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей; (абс. число; %).....	97
Таблица 2 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди) в возрастной группе пожилых пациентов; (абс. число; %).....	99
Таблица 3 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости в возрастной группе пациентов старческого возраста; (абс. число; %).....	100
Таблица 4 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости в возрастной группе долгожителей (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди); (абс. число, %).....	101
Таблица 5 - Структура стоматологической ортопедической заболеваемости (частичное/полное отсутствие зубов; класс по Кеннеди) у пациентов группы наблюдения пожилого, старческого возраста и долгожителей; (абс. число,%).....	102
Рисунок 4 - Сравнительный анализ распределения пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, согласно подклассу классификации дефектов зубных рядов Кеннеди; (абс. число).....	104
Рисунок 5 – Анализ удельного веса штифтовых конструкций (N=3016 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).....	105
Рисунок 6 - Анализ удельного веса искусственных коронок (N=3336 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).....	106

Рисунок 7 - Анализ удельного веса мостовидных протезов (N=1410 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).	106
Рисунок 8 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов (N=957 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).	107
Рисунок 9 - Анализ удельного веса бюгельных протезов (N=404 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).	107
Рисунок 10 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при полной потере зубов (N=720 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям (%).	108
Рисунок 11 - Среднее количество штифтовых конструкций, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)...	109
Рисунок 12 - Среднее количество искусственных коронок, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.)...	110
Рисунок 13 - Среднее количество мостовидных протезов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.).....	111
Рисунок 14 - Среднее количество съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.).....	112
Рисунок 15 - Среднее количество бюгельных протезов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.).....	113
Рисунок 16 - Среднее количество съемных пластиночных протезов при полной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.).....	114
Рисунок 17 - Среднее количество съемных протезов при частичной потере зубов, изготовленных на одного пациента пожилого, старческого возраста и долгожителя; (ед.).....	115

Рисунок 18 - Сравнительный анализ количества различных стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам различных возрастных групп; (ед.).....	116
Таблица 6 - Анализ стоматологических ортопедических конструкций, изготовленных пациентам различных возрастных групп; (ед; $M \pm m$).....	117
Таблица 7 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого возраста; (абс. число; %) 119	119
Таблица 8 - Структурный анализ искусственных коронок, установленных пациентам пожилого возраста; (абс. число; %).....	120
Таблица 9 - Разновидности мостовидных протезов, установленных пациентам пожилого возраста; (абс. число; %).....	120
Таблица 10 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %).....	122
Таблица 11 - Разновидности искусственных коронок, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %).....	123
Таблица 12 - Разновидности мостовидных протезов, установленных пациентам старческого возраста; (абс. число; %).....	123
Таблица 13 - Структурный анализ стоматологических ортопедических конструкций, установленных долгожителям (абс. число; %).....	125
Таблица 14 - Разновидности искусственных коронок, установленных долгожителям; (абс. число; %).....	126
Таблица 15 - Типы мостовидных протезов, установленных долгожителям; (абс. число; %).....	126
Рисунок 19 - Сравнительный анализ количества искусственных коронок, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	128

Рисунок 20 - Сравнительный анализ количества мостовидных протезов, изготовленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	129
Рисунок 21 - Сравнительный анализ количества ортопедических конструкций, установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (абс. число).....	129
Рисунок 22 - Субъективная оценка эстетичности стоматологических ортопедических конструкций, установленных пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей; (%).....	130
Рисунок 23 - Анализ удовлетворенности пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей имеющимися стоматологическими ортопедическими конструкциями; (%).....	131
Рисунок 24 - Анализ типов дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения пациентов пожилого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (абс. число).....	133
Рисунок 25 - Анализ причин повторного обращения пациентов пожилого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (%).....	133
Рисунок 26 - Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения пациентов старческого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (%).....	134
Рисунок 27 - Анализ причин повторного обращения пациентов старческого возраста за ортопедической стоматологической помощью; (%).....	135
Рисунок 28 - Анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, ставших причиной для повторного обращения долгожителей за ортопедической стоматологической помощью; (%).....	136
Рисунок 29 - Анализ причин повторного обращения долгожителей за ортопедической стоматологической помощью; (%).....	136

Рисунок 30 - Сравнительный анализ дефектов стоматологических ортопедических конструкций, имеющих у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, ставших причиной для повторного обращения за стоматологической ортопедической помощью; (%).....	137
Рисунок 31 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по полученному образованию; (%).....	140
Рисунок 32 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по роду деятельности; (%).....	140
Рисунок 33 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по семейному положению; (%).....	140
Рисунок 34 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по среднемесячному доходу; (%).....	141
Рисунок 35 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей соответственно образу жизни; (%).....	141
Рисунок 36 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по образованию; (%).....	142
Рисунок 37 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%).....	143
Рисунок 38 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом по семейному положению; (%).....	143
Рисунок 39 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом соответственно образу жизни; (%).....	143
Рисунок 40 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число).....	144

Рисунок 41 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число).....	145
Рисунок 42 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с низким ежемесячным доходом; (абс. число).....	145
Рисунок 43 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по образованию; (%).....	146
Рисунок 44 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%).....	146
Рисунок 45 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по семейному положению; (%).....	146
Рисунок 46 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом по образу жизни; (%).....	147
Рисунок 47 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.).....	147
Рисунок 48 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.).....	148
Рисунок 49 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей со средним ежемесячным доходом; (ед.).....	148
Рисунок 50 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по образованию; (%).....	149

Рисунок 51 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по трудовой занятости; (%).....	149
Рисунок 52 - - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом по семейному положению; (%).....	150
Рисунок 53 - Распределение пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом соответственно образу жизни; (%).....	150
Рисунок 54 - Распределение искусственных коронок по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (%).....	151
Рисунок 55 - Распределение мостовидных протезов по материалу и методу изготовления у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (%).....	151
Рисунок 56 - Распределение съемных протезов по конструкции у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с высоким ежемесячным доходом; (%).....	152
Рисунок 57 - Анализ удельного веса металлических штампованных коронок (N=765 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	153
Рисунок 58 - Анализ удельного веса металлических литых коронок (N=906 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	153
Рисунок 59 - Анализ удельного веса комбинированных металлокерамических коронок (N=1599 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	154
Рисунок 60 - Анализ удельного веса керамических коронок (N=66 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	154

Рисунок 61 - Анализ удельного веса мостовидных металлических паянных протезов (N=310 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	155
Рисунок 62 - Анализ удельного веса мостовидных металлических литых протезов (N=394 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	155
Рисунок 63 - Анализ удельного веса мостовидных металлокерамических протезов (N=494 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	156
Рисунок 64 - Анализ удельного веса мостовидных керамических протезов (N=66 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	156
Рисунок 65 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при частичной потере зубов (N=957 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	157
Рисунок 66 - Анализ удельного веса бюгельных протезов (N=404 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	157
Рисунок 67 - Анализ удельного веса съемных пластиночных протезов при полной потере зубов (N=720 ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	158
Рисунок 68 - Анализ удельного веса ортопедических конструкций (N=6827ед.), установленных пациентам пожилого, старческого возраста и долгожителям; (%).....	159
Рисунок 69 - Стоматологические показатели качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов группы наблюдения до начала ортопедического лечения.....	161
Рисунок 70 - Суммарные показатели качества жизни ОНIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида дефекта (ов) зубного ряда (зубных рядов).....	163

Рисунок 71 - Суммарные показатели качества жизни ОНIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с учетом факта трудовой занятости.....	164
Рисунок 72 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, в зависимости от среднемесячного дохода.....	165
Рисунок 73 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей с учетом семейного положения.....	165
Рисунок 74 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от образа жизни.....	166
Рисунок 75 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида ортопедической конструкции.....	167
Рисунок 76 - Суммарные показатели качества жизни пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей, в зависимости от эстетичности ортопедической конструкции.....	168
Рисунок 77 - Структура ответов на опросник ОНIP-14 после проведенного стоматологического ортопедического лечения.....	170
Рисунок 78 - Сравнительный анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей по индексу ОНIP-14-RU до и после лечения в зависимости от вида дефекта зубного ряда.....	171
Рисунок 79 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от трудовой занятости.....	172
Рисунок 80 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНIP-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от среднемесячного дохода.....	173

Рисунок 81 - Сравнительный анализ показателей качества жизни у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от семейного положения.....	174
Рисунок 82 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от образа жизни.....	175
Рисунок 83 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от вида стоматологической ортопедической конструкции.....	176
Рисунок 84 - Сравнительный анализ показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей до и после лечения в зависимости от эстетичности стоматологической ортопедической конструкции.....	177
Таблица 16 - Сравнение показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида дефекта зубного ряда; ($M \pm m$).....	178
Таблица 17 - Сравнение показателей качества жизни по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от вида зубопротезной конструкции; ($M \pm m$).....	179
Таблица 18 - Сравнение показателей качества по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от эстетичности стоматологической ортопедической конструкции; ($M \pm m$)...	180
Таблица 19 - Сравнение показателей качества по индексу ОНП-14-RU у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от социальных факторов; ($M \pm m$).....	180

12. Жалобы: _____
13. Аллергологический анамнез: _____
14. Перенесенные и сопутствующие заболевания: _____
15. Принимаемые лекарственные препараты: _____
16. Термометрия (по показаниям) _____
17. Тонометрия, ЧСС (по показаниям): _____
18. Развитие настоящего заболевания: _____
19. Внешний осмотр: _____
- 20 Осмотр преддверия и полости рта: _____
21. Зубная формула: _____
22. Прикус: _____
23. Индекс гигиены: _____
24. Индекс КПУ: _____
25. Предварительный диагноз: _____ Код МКБ-10 _____
26. План обследования: _____
27. Данные обследования: _____
28. Клинический диагноз: _____ Код МКБ-10 _____
29. План лечения: _____
30. Протокол лечения: _____

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

СОЦИАЛЬНАЯ АНКЕТА

<p>ОБРАЗОВАНИЕ:</p> <p>Среднее <input type="checkbox"/></p> <p>Средне-профессиональное <input type="checkbox"/></p> <p>Высшее <input type="checkbox"/></p>	<p>РОД ЗАНЯТИЙ:</p> <p>Работающий пенсионер <input type="checkbox"/></p> <p>Не работающий пенсионер <input type="checkbox"/></p>
<p>СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ:</p> <p>Женат /замужем/ <input type="checkbox"/></p> <p>Холост /не замужем/ <input type="checkbox"/></p> <p>Проживает с др - членами семьи (дети, внуки, и пр -) <input type="checkbox"/></p>	<p>УРОВЕНЬ ДОХОДОВ (НА ВАШ ВЗГЛЯД)</p> <p>Низкий <input type="checkbox"/></p> <p>Средний <input type="checkbox"/></p> <p>Высокий <input type="checkbox"/></p>
<p>СВОБОДНОЕ ВРЕМЯПРОВОЖДЕНИЕ:</p> <p>Активное времяпровождение <input type="checkbox"/></p> <p>Пассивное времяпровождение <input type="checkbox"/></p>	

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ОПРОСНИК «СТЕПЕНЬ ВАЖНОСТИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, 14» THE ORAL HEALTH IMPACT PROFILE, OHIP 14

Уважаемый пациент!

мы просим вас подумать о том, как состояние ваших зубов влияет на вашу жизнь -
выберите, пожалуйста, ответ, исходя из того, что вы чувствуете.

На наши вопросы не существует правильного или неправильного ответа!

если вы затрудняетесь ответить на вопрос, попросите врача помочь вам!

Категория	Вопрос	Ответ				
		Очень часто	Редко	Обычно	Почти никогда	Никогда
Проблемы при приёме пищи	1. Вы потеряли вкус к пище из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	2. Испытываете ли Вы болевые ощущения во рту?					
	3. Вызывает ли у Вас затруднение приём пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	4. Питаетесь ли Вы неудовлетворительно из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	5. Приходится ли Вам прерывать приём пищи из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
Проблемы в общении	6. Испытываете ли Вы неудобства из-за					

	проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	7. Испытываете ли Вы затруднения при произношении слов из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	8. Чувствуете ли Вы себя стеснённым в общении с людьми из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					
	9. Ставят ли Вас проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами в неловкое положение?					
	10. Приводят ли Вас проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами к повышенной раздражительности при общении с людьми?					
	11. Приводят ли Вас проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами к повышенной раздражительности при общении с людьми?					
Проблемы в повседневной жизни (работе и отдыхе)	12. Мешают ли Вам проблемы с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами отдыхать, расслабляться?					
	13. Становится ли Ваша жизнь менее интересной из-за проблем с зубами,					

	слизистой оболочкой рта или протезами?					
	14. Приходится ли Вам полностью «выпадать из жизни» из-за проблем с зубами, слизистой оболочкой рта или протезами?					