DOI: 10.36377/1683-2981-2020-18-2-41-44

Кариес зубов высокой степени риска и комплаентность пациента

Волошина И.М.¹, Беликова Е.В.²¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия²Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный технический университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия

Резюме

Подытоживая и суммируя знания, имеющиеся на современном этапе развития медицины, можно сделать вывод о том, что состояние зубочелюстного аппарата возможно и необходимо рассматривать в качестве индикатора состояния организма в целом. В тоже время наука имеет серьезную доказательную базу о роли образа жизни и привычек людей в возникновении и развитии ряда заболеваний, в том числе и стоматологических. Таким образом, принципиально важно грамотно и комплексно проводить лечебно-профилактические мероприятия с обязательным участием пациента, а именно, мотивировать и формировать комплаентное поведение пациентов. Однако низкая комплаентность пациентов не даёт возможности применить имеющиеся у медицины знания для снижения распространенности и интенсивности заболеваний и уменьшения риска осложнений.

Ключевые слова: комплаентность, кариес зубов, кариесрезистентность, кариесподверженность.

Статья поступила: 13.05.2020; **исправлена:** 14.06.2020; **принята:** 15.06.2020.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие конфликта интересов.

Для цитирования: Волошина И.М., Беликова Е.В. Кариес зубов высокой степени риска и комплаентность пациента. Эндодонтия today. 2020; 18(2):0-0. DOI: 10.36377/1683-2981-2020-18-2-41-44.

High risk dental caries and patient compliance

I.M. Voloshina¹, E.V. Belikova²¹Omsk State Medical University, Omsk, Russia²Omsk State Technical University, Omsk, Russia

Abstract

Summing up the knowledge available at the present stage of medical development, we can conclude that the state of the dental apparatus can and should be considered as an indicator of the state of the body as a whole. At the same time, science has a strong evidence base about the role of lifestyle and habits of people in the occurrence and development of a number of diseases, including dental diseases. Thus, it is essential to correctly and comprehensively carry out therapeutic and preventive measures with the mandatory participation of the patient. However, low patient compliance makes it impossible to apply the knowledge available in medicine to reduce the prevalence and intensity of diseases and reduce the risk of complications.

Keywords: compliance, dental caries, caries resistance, dental caries.

Received: 13.05.2020; **revised:** 14.06.2020; **accepted:** 15.06.2020.

Conflict of interests: The authors declare no conflict of interests.

For citation: I.M. Voloshina, E.V. Belikova. High risk dental caries and patient compliance. Endodontics today. 2020; 18(2):0-0. DOI: 10.36377/1683-2981-2020-18-2-41-44.

Одной из основных проблем современной стоматологии является неуклонное увеличение числа пациентов с активным течением кариеса зубов и снижение кариесрезистентных лиц среди всех групп населения. При этом наукой накоплены колоссальные знания о роли образа жизни и привычек людей в возникновении и развитии кариеса зубов, а значит следование пациента рекомендациям врача-стоматолога играет важную роль в снижении скорости прироста числа пораженных зубов. Невозможно достичь уменьшения распространенности и интенсивности кариеса зубов лишь

медицинскими мероприятиями. Согласно ряду исследований, рост распространенности и интенсивности кариеса зубов во многом связан именно с низким уровнем комплаентности пациентов. Под комплаентностью мы понимаем следование пациентами рекомендациям врача, но не только непосредственно лечебно-профилактических мероприятий, а касающихся образа жизни и привычек. Наиболее часто под термином «комплаентность» понимается именно осознанное сотрудничество между пациентом и врачом как обязательное условие любого лечения. «Нон-комплаенс», как проблема нару-

шения терапевтического режима существенно осложняет процесс выздоровления [4, 9, 10].

Данная статья является результатом анализа литературных данных, а также ряда наших исследований, проведенных в разное время в течение 17 лет среди населения г.Омска и Омской области, всего опросом и обследованием охвачено более 4000 человек.

При изучении кариеса зубов высокой степени риска выявлен ряд характерных особенностей челюстно-лицевой области: строение эмали, изменение основных её свойств (кислотоустойчивость, проницаемость, микротвёрдость), форма и размер зубов, их рельеф, величина межзубных промежутков [1, 5, 6, 7, 9]. Каждая из приведенных характеристик в той или иной мере способствует активному течению патологического процесса, однако изменить эти особенности невозможно.

Вместе с тем, воздействовать на образ жизни и привычки пациентов с кариесом зубов высокой степени риска возможно и, более того, это воздействие эффективно. Эффективность воздействия доказана рядом исследований [2, 3, 8, 15]. Так при обследовании 4 тысячи детей и опросе их родителей учеными из Центра по контролю и профилактике заболеваний штата Мэрилэнд (руководитель – С.Огден) была выявлена следующая закономерность: если родители не следят за рационом питания их ребёнка, то вероятность развития у таких детей кариеса увеличивается на 34-36%. Это согласуется с нашими исследованиями: лишь 28,3% опрошенных родителей ограничивают потребление легко усвояемых углеводов детьми, при этом среди них распространённость кариеса зубов высокой степени риска в 2,4 раза ниже, чем в семьях, где рацион питания детей не контролируется. Эти данные согласуются с работой Вольской Е.А., в которой говорится, что в исследованиях комплаенса и отношений к обязанностям пациента нельзя недооценивать характерные ментальные особенности, значит, рассматривая семью как малую группу с устоявшейся системой взглядов и представлений людей, мы можем говорить о наличии прямой корреляции резистентности к лечебному процессу и особенностей пациента, связанного с особенностями родительских паттернов здорового образа жизни [2, 4, 5, 6, 7, 11, 14].

Нами было проведено изучение факторов, влияющих на развитие декомпенсированного кариеса зубов и вычислен атрибутивный риск. Атрибутивный риск выражается в процентах и показывает, насколько бы уменьшилась распространённость изучаемой степени активности кариеса зубов, если полностью устранить данный фактор. Так медико-биологические факторы распределились следующим образом: низкая мотивация и санитарно-гигиеническая культура (атрибутивный риск = 83%), отсутствие регулярного ухода за полостью рта (атрибутивный риск = 56%), питание с избытком углеводной пищей (атрибутивный риск = 62%). Как видим, есть факторы, на которые вполне возможно воздействовать и устранение или снижение их пагубного влияния существенно снизит риск развития активного течения кариеса зубов. В клинической психологии преобладает биопсихосоциоэтическая модель феномена комплаентности, которая объясняет ее возникновение через биологические (характер заболевания (острое/хроническое, побочные эффекты препаратов и т.п.) и социальные факторы (система отношений между врачом и пациентом), а так же добавляет к ним психологический фактор.

При этом важно понимать, что информированность и комплаентность пациента не являются тождественными понятиями [12, 13, 16]. Это означает, что научные факты и взаимосвязи доказаны и дают немало возможностей улучшить состояние здоровья пациентов, однако лишь информирования пациентов, к сожалению, не достаточно. Так, согласно нашим исследованиям, 62% родителей знают о том, что взрослые должны обучать и до 8-9-летнего возраста помогать чистить зубы своим детям, однако 57% из них этого не делали, назвав причинами плотный рабочий график и самостоятельность малышей. Получается, что информация от врача была, однако его рекомендации не были выполнены. Другими нашими исследованиями доказано, что активное течение кариеса зубов у матери и отсутствие у неё санации полости рта способствуют формированию активного течения кариеса у её ребенка (коэффициент Gamma 0,78: то есть при несанированной полости рта матери с активным течением кариеса зубов у её ребенка также будет декомпенсированное течение кариеса зубов с вероятностью 78%). Обследование было проведено на базе женской консультации Родильного дома, в котором есть врач-стоматолог, к нему все беременные были направлены, и он, в свою очередь, информировал их о необходимости санации полости рта, однако эти рекомендации выполнили лишь 26% будущих мам.

Одним из вопросов нашего исследования был посвящен готовности продолжать назначенное врачом лечение и режим при стихании жалоб: 61,4% респондентов ответили, что самостоятельно принимают решение о завершении приёма назначенных препаратов. Данный результат удручает, а, если принять во внимание то, что при любом анкетировании, учитывая человеческую психологию, надо помнить, что респонденты склонны несколько приукрашивать мнение о себе, желая показать себя в наилучшем свете – комплаентность ещё ниже, чем показал опрос.

Рассматривая факторы и условия повышения комплаентности мы углубились в психологическую составляющую предмета нашего исследования. Комплаентность относится к таким категориям психологической реальности как включенность и настроенность на лечение, будем называть их направленностью. Направленность пациента на выздоровление зависит от внутренней картины болезни и от частных ее проявлений в выборе вида совладающего поведения личности.

Для описания субъективной стороны заболевания используется большое количество терминов, но употребляются сходным образом (например, аутопластическая картина болезни по А. Гольдшейдер).

Внутренняя картина болезни создается самим пациентом на основе совокупности его ощущений, представлений и переживаний, связанных с его физическим состоянием («сенситивный» уровень болезни базируется на ощущениях, а «интеллектуальный» уровень болезни является результатом размышлений больного о своем физическом состоянии). В свою очередь можно выделить различные установки, которые по-разному влияют на эффективность лечения. Когда пациент не верит в то, что болезнь существует, и тогда рекомендации врача не соблюдаются. Когда рекомендации соблюдаются не в полной мере, и тогда речь идёт о частичном принятии болезни. Когда рекомендации соблюдаются и даже излишне выполняются. Тогда речь идёт о страхе за будущее, тревоге, преувеличении заболевания.

Таким образом, комплаентность связана с внутренней картиной болезни, то есть способностью пациента адекватно оценивать свое состояние и осознавать болезнь.

Ситуация болезни – это стрессовая ситуация для индивида, поскольку изменяется привычная ситуация, возникает страх за будущее. Наличие копинг-ресурсов (стратегий совладания со стрессом) и адекватных стратегий позволяет пациенту успешно исполнять предписания врача и функционировать после лечения. Наиболее релевантными копингами являются «проблемный анализ», «оптимизм», «конструктивная активность», «сотрудничество», «обращение».

Возможно, низкая комплаентность пациентов связана с тем, что они с детства не видели примера высокого качества жизни и превентивной заботы о здоровье: режим дня с регулярными рациональными физическими нагрузками, сбалансированное питание. Исследования отечественных социологов в разных регионах страны показали, что здоровье населения в ряду их жизненных ценностей находится лишь на 7-10 месте. Согласно литературным данным, мотивация на сохранение здоровья, как и многие базовые устои и привычки, складываются в семье: так 67% родителей не придают большого значения патологии зубов, и, как следствие, обращаются сами и приводят детей к врачу только при появлении жалоб. У детей, чьи родители имеют более слабую мотивацию и низкую санитарно-гигиеническую культуру, выявлен более высокий индекс гигиены, их уход за полостью рта нерегулярный, а также отсутствие диспансерного наблюдения и лечебно-профилактических мероприятий (обращение за стоматологической помощью при появлении болевого симптома). Причём низкая комплаентность родителей ведёт и к несбалансированности рациона питания детей: дети потребляют молока и молочных продуктов на треть меньше, чем рекомендовано. Соответственно, и ежедневное поступление кальция в организм уменьшилось на 26 % от рекомендуемого количества. Родители не соблюдают рекомендации врача касательно не только качественного состава пищи (дефицит или несбалансированность поступления питательных веществ), но и формируя неправильные «привычки питания» (жевательная ленность, постоянные перекусы,...) – это приводит к снижению резистентности организма, а также защитных механизмов полости рта, нарушению построения белковой матрицы эмали, формированию низкой кариесрезистентности эмали в результате нарушения процессов минерализации. Также нужно отметить, что одним из звеньев патогенеза кариеса зубов является снижение буферной ёмкости слюны вследствие привычек питания, в частности при частом регулярном употреблении сладкой пищи. Изучение гемодинамики околоушных слюнных желез доказало, что частое употребление сладостей приводит к угнетению их функциональной активности. При употреблении сладкой пищи должно происходить рефлекторное увеличение выделения слюны и соответствующие изменения её состава – это происходит при редком и периодическом употреблении сладостей. При частом и регулярном употреблении сладкого слюнные железы «привыкают» к подобному раздражителю и практически не реагируют на него: количество образующейся и выделяющейся слюны не увеличивается при употреблении углеводов, в результате чего создаются условия, благоприятные для длительной задержки пищи и её ферментации, что, в свою очередь, способствует развитию кариеса зубов. Привычки питания, в

частности частое регулярное употребление сладкой пищи, является значимым фактором риска в развитии кариеса и, вместе с тем, вредной привычкой большого числа опрошенных. Следование пациентом рекомендациям врача о необходимости коррекции пищевых привычек существенно снизило бы интенсивность кариеса и уменьшило риск осложнений. Однако, к сожалению, комплаентность пациентов очень низкая: нет готовности следовать рекомендациям врача. Из этого следует, что лечение как процесс должно сопровождаться врачом, а пациент должен быть активным субъектом при задействовании внутреннего потенциала в вопросе своего здоровья. В работе Шамова И.А. указывается на то, что лечение пациентов должно происходить с участием врачей, поскольку, в первую очередь, оно включает в себя психологическую активизацию, целевую установку при борьбе с заболеванием.

Согласно нашим исследованиям, на вопрос о количестве приёмов пищи и перекусов в течение дня опрошенные ответили следующим образом: всего более 5-6 раз – 58,2% опрошенных, более 7-8 раз – 19,3%, «как получится» – 16,9%. Подобное распределение ответов выявило явное нарушение кратности приемов пищи, что может считаться вредной привычкой. Привычка – это сложившийся способ поведения, осуществление которого часто приобретает характер потребности. При этом реализация любой привычки нередко является произвольной и в значительной мере бессознательной формой поведения. Именно поэтому образ жизни человека представляет собой привычные действия каждый день, повлиять на которые очень не просто, но, вместе с тем, принципиально важно.

Рассмотрев частные случаи образа жизни пациентов и выделив важные привычки, обеспечивающие сохранение здоровья, мы сталкиваемся с проблемой того, что образ и качество жизни составляют индивидуальное благополучие личности. Это обозначает, что и качество жизни является продуктом субъективной оценки. В мире пациента не сформирована культура и образ здоровья и нет личной ответственности за результат лечения. Позиции в терапии возможно изменить благодаря изменению системы отношений «врач-пациент».

Низкая комплаентность пациентов проявляется в неготовности следовать не только предписаниям врача, но и его рекомендациям о необходимости диспансерного наблюдения. И это очень прискорбно, ведь даже при избыточном употреблении углеводистой пищи, нерегулярной или некачественной гигиене полости рта при своевременном проведении процедуры фторирования возможно существенно снизить риск возникновения кариеса. Это доказано рядом ученых и анализом статистических данных, полученных из двадцати девяти стран мира (M. Woodward, A.R.P.Walker).

Привычки, как вредные, так и полезные, нередко являются результатом воспитания, именно поэтому важно систематическое проведение просвещения населения. Комплаентность определяется множеством факторов, однако, пожалуй, наиболее значимым правильно назвать истинное понимание пациентом важности соблюдения рекомендаций врача, несмотря на возможные препятствия этому. Комплаентность – это осознанное решение заменить имеющиеся привычки, вредные, пагубно влияющие на качество жизни и здоровье, на новые, полезные. Низкая комплаентность и слабая информированность неизбежно ведут к росту интенсивности и распространенности заболеваний, а

также росту тяжелых форм и большему числу осложнений.

Таким образом, как видим, последствия низкой комплаентности в медицине в принципе и в стоматологии,

в частности, масштабны: касаются здоровья и качества жизни, причем не только этого поколения, но и последующих – ведь большинство привычек формируется и воспитывается в семье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Айер У. Психология в стоматологической практике. Питер Пресс, 2008. – 219 с.
2. Р. Р. Велбери. Детская стоматология. ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 455 с.
3. В.К. Леонтьев, Л. П. Кисельникова. Детская терапевтическая стоматология. Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 890 с.
4. Кидд Э. А. М. Кариес зубов. ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 188 с.
5. Килафян О. А. Гигиена полости рта : краткий курс. Феникс, 2014. – 221 с.
6. И. Дж. Честнатта, Дж. Тибсона. Клиническая стоматология. МЕДпресс-информ, 2004. – 624 с.
7. Леонтьев В.К. Оценка основных направлений развития стоматологии. Изд-во НГМА, 2003. – 280 с.
8. Леонтьев В.К. Профилактика стоматологических заболеваний. КМК-Инвест, 2007. – 700 с.
9. Леус П. А. Профилактическая коммунальная стоматология. Мед. кн., 2008. – 448 с.
10. Лукиных Л. Стоматологические заболевания в период беременности и их профилактика. Мед. кн., 2005. – 156 с.
11. Лущкая И. К. Профилактическая стоматология. МедЛит, 2009. – 538 с.

REFERENCES:

1. Ayer W. Psychology in dental practice. Peter Press, 2008. -- 219 p.
2. P. R. Velbury. Children's dentistry. GEOTAP-Media, 2013. -- 455 p.
3. V.K. Leontiev, L.P. Kiselnikova. Pediatric therapeutic dentistry. National leadership. GEOTAP-Media, 2010. -- 890 p.
4. Kidd E. A. M. Karies teeth. GEOTAP-Media, 2009. -- 188 p.
5. Kilafyan O. A. Hygiene of the mouth cavity: a short course. Phoenix, 2014. -- 221 p.
6. I.J. Chestnatt, J. Tibson. Clinical dentistry. MEDPRESS-INFORM, 2004. -- 624 p.
7. Leontiev V.K. Assessment of the main directions of the development of dentistry. Publishing house of NGMA, 2003. -- 280 p.
8. Leontiev V.K. Prevention of stomatologic diseases. KMK-Invest, 2007. -- 700 p.
9. Leus P. A. Prophylactic communal stomatology. Med. book., 2008. -- 448 p.
10. Lukinykh L. Dental diseases during pregnancy and their prophylaxis. Med. book., 2005. -- 156 p.
11. Lutskeya IK Profilacticheskaya stomatology. MedLit, 2009. -- 538 p.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Волошина И.М. – к.м.н., доцент кафедры терапевтической стоматологии, ORCID ID: 0000-0002-5750-5494.

Беликова Е.В. – старший преподаватель кафедры «Психология труда и организационная психология», ORCID ID: 0000-0001-9347-61-95.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Омск, Россия.

AUTHOR INFORMATION:

I.M. Voloshina¹ – Ph.D., Associate Professor, Department of Therapeutic Dentistry, ORCID ID: 0000-0002-5750-5494.

E.V. Belikova² – Senior Lecturer, Department of Labor Psychology and Organizational Psychology, ORCID ID: 0000-0001-9347-61-95.

¹Omsk State Medical University, Omsk, Russia.

²Omsk State Technical University, Omsk, Russia.

Координаты для связи с авторами / Coordinates for communication with authors:

Волошина И.М. / Voloshina I.M., E-mail: 5082000.80@mail.ru