

О.Н. Архарова,  
ассистент кафедры ортопедической  
стоматологии и ортодонтии

РязГМУ им. акад. И.П. Павлова

## Изучение качества жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями до начала их ортодонтической коррекции

**Резюме.** Качество жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями зависит от многих факторов. Большое значение имеет наличие сопутствующей стоматологической и общесоматической патологии. Из социально-демографических факторов наиболее важны возраст, пол, семейное положение.

**Ключевые слова:** качество жизни, зубочелюстные аномалии, опросник, ортодонтическая помощь

**Summary.** The life quality of patients with maxillofacial anomalies depends on many factors. The presence of the accompanying dental and general somatic pathology is of a great importance. If you take into consideration sociodemographic factors, then age, gender, family conditions are very important.

**Keywords:** quality of life, dentomaxillary abnormality, questionnaire, orthodontic treatment

Стоматологические заболевания являются одними из самых распространенных в мире, а зубочелюстные аномалии и деформации занимают из них третье место после кариеса и болезней пародонта. Связь качества жизни с состоянием зубочелюстной системы очевидна и требует тщательного изучения и глубокого анализа. Главная задача любого лечения на современном этапе — достижение максимального терапевтического эффекта и улучшение качества жизни пациента, с учетом его индивидуального понимания своего заболевания и восприятия окружающего мира. Для оценки качества жизни стоматологических пациентов разработаны специальные опросники. Данные о качестве жизни позволяют составить представление об изменении отношения пациента к своему состоянию здоровья в результате проведения лечебных и профилактических мероприятий, поэтому качество жизни следует оценивать в динамике. Именно по изменениям показателей качества жизни, изученным в различные временные периоды, можно судить об успехе и эффективности проведенной терапии.

Цель исследования: определить качество жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями до начала их ортодонтической коррекции.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 143 человека в возрасте от 13 до 60 лет — 31 (21,7%) мужчина и 112 (78,3%) женщин. Все исследованные проживали в Рязани, Рязанской области, Москве или Подмосковье. При отборе пациентов до начала исследования они подписывали

информированное добровольное согласие на участие в исследовании и на медицинские вмешательства.

В ходе исследования использовались следующие методы:

- изучения качества жизни;
- статистический.

Метод изучения качества жизни представлял собой анкетирование пациентов с помощью опросника ОНП-14, вопросы которого разделены на три домена — проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни. Предлагаемый опросник был разработан Slade G.D., а его русская версия была валидирована и использована в исследованиях Барера Г.М. и соавт. Оценка качества жизни пациентов проводилась до начала ортодонтического лечения, через 6 месяцев от начала лечения или в середине лечения при его общем сроке менее 6 месяцев и в конце проведенного лечения. Пациенты были распределены на три группы:

1. Пациенты с аномалиями отдельных зубов;
2. Пациенты с аномалиями окклюзии;
3. Пациенты с зубочелюстными аномалиями, осложненными другой стоматологической патологией.

Статистический метод заключался в анализе полученных данных с помощью стандартных методик статистической обработки с использованием программного обеспечения для ПК. На первом этапе оценки полученных данных проводился анализ соответствия вида распределения изучаемого количественного фактора закону нормального (гауссова) распределения, для чего применяли критерий Шапиро — Уилка. Если  $p > 0,05$ , то исследуемый признак имеет нормальное распределение и в дальнейшем для его представления нами

рассчитывалось выборочное среднее значение с 95% доверительными интервалами, а сравнение исследуемых групп по этому признаку проводили с применением параметрической статистики. В случае если  $p < 0,05$ , то использовали непараметрические методы статистики. Вторым этапом статистической обработки полученного материала заключался в сравнении исследуемых групп на наличие отличий изучаемых количественных признаков. Для этого мы использовали два подхода к сравнению групп:

1. С применением 95% доверительных интервалов (95% ДИ), что позволило определить количественную сторону отличий.
2. Сравнение с помощью проверки статистических гипотез. Апостериорные (попарные) сравнения, необходимые для выявления различий между исследуемыми группами, проведены с применением критерия Шеффе.

Третий этап заключался в интерпретации полученных результатов статистических сравнений.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Изучение ответов пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью, на предложенные вопросы показало, что вид стоматологической патологии влияет на качество их жизни. Это подтверждается результатами статистического сравнения суммы баллов опросника у трех групп пациентов с различными зубочелюстными аномалиями —  $F(2, 140) = 5,86, p = 0,0035$ .

Попарное сравнение трех групп пациентов с применением критерия Шеффе позволяет с высоким уровнем статистической достоверности утверждать, что пациенты третьей группы указывают на более низкое качество своей жизни — 31,9 балла (от 26,9 до 36,9), чем пациенты второй группы — 23,6 балла (от 21,7 до 25,5),  $p = 0,0036$ . Пациенты первой группы качество своей жизни до лечения оценили на 25,7 балла (от 23,2 до 28,1), что статистически не отличается от пациентов второй группы,  $p = 0,42$ , и на уровне статистической тенденции отличается от третьей группы,  $p = 0,073$ .

Неоднородность суммы баллов в изучаемых группах пациентов выявлена в домене 1 опросника «проблемы при приеме пищи» —  $F(2, 140) = 14,7, p = 2,0 \cdot 10^{-5}$ . Наиболее высокая сумма баллов отмечена в третьей группе пациентов — 13,5 балла (от 10,9 до 16). Данные значения домена 1 статистически значимо выше, чем в первой и второй группе пациентов, где их сумма баллов идентична и составляет 8,3 балла (от 7,4 до 9,2),  $p = 6,0 \cdot 10^{-6}$ .

Результаты статистического сравнения суммы баллов домена 2 «проблемы в общении» и домена 3 «проблемы в повседневной жизни» у исследуемых групп пациентов с различными видами ортодонтических заболеваний не выявили различий.

Полученные результаты показали, что при первом обращении к врачу-ортодонту пациенты третьей группы (имеющие зубочелюстные аномалии, классифицируемые по МКБ-10С как K00, K01 и K07,

осложненные другой стоматологической патологией) оценивают свое качество жизни ниже, чем пациенты второй (имеющие зубочелюстные аномалии, классифицируемые по МКБ-10С как K07) и первой группы (имеющие зубочелюстные аномалии, классифицируемые по МКБ-10С как K00, K01). Среди критериев, определяющих качество жизни, наибольший дискомфорт ортодонтические пациенты третьей группы испытывают при приеме пищи в сравнении с пациентами из первой и второй групп. Это, по-нашему, связано со снижением функциональных возможностей зубочелюстной системы при болезнях пародонта, височно-нижнечелюстных суставов и при частичном отсутствии зубов, которые вместе с имеющимися зубочелюстными аномалиями были выявлены у пациентов, составивших третью группу.

При анализе влияния социально-демографических факторов на качество жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями выяснилось, что их возраст имеет большое значение для оценки своего качества жизни, что подтверждается результатами однофакторного дисперсионного анализа —  $F(3, 139) = 8,84, p = 0,000021$ . Пациенты старше 40 лет оценивают свое качество жизни хуже, чем пациенты моложе 18 лет и в возрасте от 18 до 29 лет, на это указывают результаты попарного сравнения с применением критерия Шеффе. Выявленная сумма баллов опросника у пациентов в возрасте более 40 лет составляет 33,9 балла (от 29,2 до 38,5), что статистически значимо выше, чем у пациентов до 18 лет — 23,2 балла (от 20,4 до 26,0) и в возрасте от 18 до 29 лет — 23,6 балла (от 21,9 до 25,4),  $p = 0,0015$  и  $p = 0,0014$ . Показатели качества жизни пациентов в возрасте от 30 до 39 лет занимают промежуточное место между представленными возрастными группами — 26,7 балла (от 22,4 до 31,1), данные баллы статистически значимо не отличаются от сумм баллов в других возрастных группах,  $p > 0,47$ .

Пациенты старше 40 лет в большей степени отмечают проблемы при приеме пищи: сумма баллов домена 1 опросника составляет 14,2 балла (от 12,0 до 16,3), что статистически значимо выше, чем в остальных возрастных группах,  $p < 0,022$ . Наименьшая сумма баллов в домене 1 «проблемы при приеме пищи» отмечается у пациентов до 18 лет — 7,1 балла (от 6,3 до 8,0), что статистически ниже, чем в возрасте от 30 до 39 лет — 10 баллов (от 8,1 до 11,8),  $p = 0,046$ . Пациентов в возрасте от 18 до 29 лет проблемы при приеме пищи беспокоят так же, как и пациентов моложе 18 лет и от 30 до 39 лет,  $p > 0,72$ . Это может быть связано с тем, что лица моложе 18 лет не придают особого значения как самому процессу приема пищи, так и составу продуктов питания. Для них возможность приема пищи является повседневной нормой. Гораздо большее значение для пациентов в молодом возрасте имеет внешность, возможность общения друг с другом, а в возрасте от 18 до 39 лет появляется еще и ожидание повышения самооценки и карьерного роста после проведенного эстетического, в том числе ортодонтического, лечения.

Сравнение возрастных групп пациентов по двум другим доменам опросника показало, что суммы баллов домена 2 «проблемы в общении» и домена 3 «проблемы в повседневной жизни» у пациентов различного возраста однородны, что может быть обусловлено тем, что имеющиеся нарушения в равной степени важны для пациентов по исследуемым критериям качества жизни.

Таким образом, ортодонтические пациенты старше 40 лет оценивают свое стоматологическое качество жизни ниже более молодых пациентов. Из изучаемых критериев качества жизни их больше всего беспокоят проблемы при приеме пищи.

Влияние пола пациентов с различными зубочелюстными аномалиями на их качество жизни в исследовании выявило статистически значимые отличия. Более низкая субъективная оценка качества жизни выявлена у женщин — 26,3 балла (от 24,5 до 28,1). Мужчины оценивают свое качество жизни на 22,3 балла (от 19,8 до 24,2),  $p=0,036$ . Женщин больше, чем мужчин, беспокоят проблемы при общении, на что указывают результаты сравнения суммы баллов домена 2 опросника. У женщин она составляет 12,9 балла (от 12,0 до 13,9), а у мужчин статистически значимо ниже — 10,5 балла (от 8,8 до 11,8),  $p=0,031$ .

Таким образом, можно сделать вывод, что женщины с различными зубочелюстными аномалиями оценивают свое стоматологическое качество жизни ниже, чем мужчины. В большей степени их беспокоят проблемы, возникающие при общении. Это, вероятно, связано с тем, что мужчины традиционно меньше уделяют внимания как эстетическим недостаткам, характерным для различных зубочелюстных аномалий, так и их влиянию на повседневные функции зубочелюстной системы.

Исследование показало, что уровень образования в целом не влияет на качество жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями. Но при сравнении сумм баллов трех доменов опросника между собой установлено, что пациентов со средним профессиональным и высшим образованием больше беспокоят проблемы при приеме пищи, чем пациентов с незаконченным средним образованием. Мы считаем, что эти результаты в большей степени обусловлены разницей в возрасте пациентов, чем их образовательным уровнем.

По результатам однофакторного дисперсионного анализа  $F(5, 137)=1,72$ ,  $p=0,19$ , статистически значимых отличий в уровне качества жизни пациентов с зубочелюстными аномалиями в зависимости от их рода деятельности нами не выявлено. Но следует отметить, что представители творческих специальностей испытывают большие проблемы при приеме пищи по сравнению со студентами и учащимися — 11,8 балла (от 8,9 до 14,7) и 7,3 балла (от 6,6 до 8,0),  $p=0,047$ , соответственно. По другим составляющим опросника род занятий у ортодонтических пациентов различий не вносит.

Оценка влияния семейного положения на качество жизни проведена только в двух группах пациентов «женат/замужем» и «холост/не замужем» в связи с малочисленностью групп «разведен(а)» и «вдовец/вдова».

При этом выявлено, что более низкое качество жизни у пациентов, находящихся в браке — 27,4 балла (от 25,0 до 29,8), чем у холостых (незамужних) — 23,9 балла (от 22,0 до 25,7),  $p=0,011$ .

Неоднородность суммы баллов выявлена только в домене 1 опросника «проблемы при приеме пищи»,  $p=0,0003$ . Так, женатых и замужних пациентов больше беспокоят проблемы при приеме пищи — 10,2 балла (от 9,0 до 11,3), чем холостых — 7,8 балла (от 7,1 до 8,5).

Пациенты, которые посвящают свое свободное время двум видам досуга, испытывают меньше проблем при приеме пищи. У них сумма баллов домена 1 составляет 7,4 балла (от 6,5 до 8,2), а у пациентов с одним видом досуга — 9,4 балла (от 8,5 до 10,3),  $p=0,025$ . Сумма баллов домена 1 у пациентов с тремя видами досуга 10,1 балла (от 7,7 до 12,6) статистически значимо не отличается от вышеуказанных групп пациентов,  $p>0,25$ . При сравнении суммы баллов домена 2 «проблемы в повседневной жизни» у пациентов с различными зубочелюстными аномалиями полученные данные статистически значимо не отличаются, а отмечается только тенденция —  $F(2, 140)=2,7$ ,  $p=0,069$ . На проблемы, возникающие при общении, в меньшей степени обращают внимания пациенты с двумя видами досуга — 3,3 балла (от 3,9 до 3,5) по сравнению с пациентами с одним видом досуга — 4,5 балла (от 4,0 до 5,0), это подтверждают результаты апостериорного сравнения,  $p=0,035$ . Сумма баллов домена 3 у пациентов с тремя видами досуга статистически значимо не отличалась от других групп. Но сравнение данных двух других групп пациентов выявило, что проблемы в повседневной жизни больше присутствуют у пациентов, имеющих один вид досуга, чем у пациентов с двумя видами свободного времяпрепровождения.

Пациенты с зубочелюстными аномалиями, отмечающие у себя наличие соматических болезней, имеют более низкое качество жизни — 31,2 балла (от 26,6 до 35,7), чем пациенты, считающие себя здоровыми — 24,1 балла (от 22,5 до 25,5),  $p=0,0002$ . Данные различия могут быть связаны с тем, что наличие общесоматических заболеваний в целом ухудшает все характеристики качества жизни, в том числе и его стоматологическую составляющую.

У ортодонтических пациентов, по-разному оценивающих свое состояние здоровья, статистически значимые различия наблюдаются только в домене 1 «проблемы при приеме пищи». Так, пациенты, считающие себя практически здоровыми, в меньшей степени испытывают проблемы при приеме пищи — 7,9 балла (от 7,4 до 9,4), чем пациенты, отмечающие у себя хронические заболевания — 13,1 балла (от 11,0 до 15,2),  $p=0,000001$ .

## ВЫВОДЫ

На стоматологическое качество жизни ортодонтических пациентов до начала лечения влияет не столько разновидность самой зубочелюстной аномалии, сколько наличие отягочающих ее течение других стоматологических заболеваний. Из трех критериев стоматологического

качества жизни опросника ОНП-14 статистически значимые различия выявлены только в проблемах, возникающих при приеме пищи, по остальным компонентам данные группы пациентов однородны. Социально-демографические признаки исследуемых пациентов, несомненно, влияют на уровень их стоматологического качества жизни. Наибольшее значение имеют возраст и пол пациентов, в меньшей степени на качество жизни

влияют семейное положение и варианты досуга. В результате исследования выявлено, что наиболее высокое качество жизни имеют мужчины с различными зубочелюстными аномалиями, неосложненными другой стоматологической патологией (1-й и 2-й группы), моложе 18 лет или в возрасте 18–29 лет, холостые, считающие себя полностью здоровыми, имеющие несколько вариантов проведения досуга.

**ЛИТЕРАТУРА:**

.....

**1. Веденева Е.Н., Гуревич К.Г., Вагнер В.Д.** Влияние восприятия состояния собственного здоровья пациентами на их качество жизни. — *Философские проблемы биологии и медицины*. — 2009; 3: 431—3.

**2. Леонтьев В.К.** О состоянии стоматологии в России и перспективы ее развития. — *Институт стоматологии*. — 2007; 3: 14—6.

**3. Новик А.А., Ионова Т.И.** Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. — М.: ОЛМА Медиа, 2007. — 320 с.

**4. Реброва О.Ю.** Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. — М.: МедиаСфера, 2002. — 312 с.

**5. Slade G.D.** Derivation and validation of a short-form oral health impact profile. — *Community Dent Oral Epidemiol.* — 1997; 25: 284—90.