

DOI: 10.37988/1811-153X_2025_4_194

[А.Т. Галазов,](#)аспирант кафедры челюстно-лицевой
и пластической хирургии[А.Ю. Дробышев,](#)д.м.н., профессор, зав. кафедрой челюстно-
лицевой и пластической хирургии[Н.С. Дробышева,](#)

к.м.н., доцент кафедры ортодонтии

[Н.А. Редько,](#)к.м.н., ассистент кафедры челюстно-
лицевой и пластической хирургии[С.К. Течиев,](#)к.м.н., ассистент кафедры челюстно-
лицевой и пластической хирургии[Т.Х. Ле,](#)аспирант кафедры челюстно-лицевой
и пластической хирургии[И.А. Клипа,](#)к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой
и пластической хирургии[Е.Г. Свиридов,](#)к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой
и пластической хирургии[В.М. Михайлюков,](#)к.м.н., доцент кафедры челюстно-лицевой
и пластической хирургииРоссийский университет медицины,
127006, Москва, Россия

Значимость наличия дисморфофобического расстройства у пациентов с челюстными аномалиями при динамической оценке изменения качества жизни в процессе реабилитации после ортогнатической хирургии

Реферат. Психическим расстройством, которое может искажать восприятие внешнего вида собственного тела и приводить к серьезному нарушению функционирования в социальной, профессиональной и в других сферах, а также к дистрессу, является дисморфофобическое расстройство тела (BDD). Помимо прочего, наличие у пациентов данного психического расстройства может оказывать негативное влияние на восприятие результата лечения, особенно проведенного в эстетических целях, из-за чего требуется более тщательное обследование на наличие данного синдрома. **Цель исследования** — проанализировать динамику изменения качества жизни пациентов с аномалиями челюстей II и III скелетного класса после ортогнатической операции, а также с учетом влияния синдрома BDD. **Материалы и методы.** В исследовании принял участие 131 пациент с аномалиями челюстей (из них 68 — со II скелетным классом, 63 — с III скелетным классом), которые завершили ортодонтическую подготовку и были направлены для проведения хирургического вмешательства. Признаки дисморфофобии определяли до операции по опроснику BDDQ-AS. Качество жизни определяли по опроснику OQLQ до операции, через 1 месяц после операции (1-й контрольный этап), через 3 месяца после операции (2-й контрольный этап) и через 6 месяцев после операции (3-й контрольный этап). **Результаты.** После ортогнатической операции у всех пациентов на всех послеоперационных контрольных этапах произошло статистически значимое улучшение показателей эстетического и социального аспекта опросника OQLQ ($p < 0,05$). В показателях функционального аспекта у пациентов со II скелетным классом произошло статистически значимое ухудшение ($p < 0,05$) и только на 3-м контрольном этапе отмечалось статистически значимое улучшение (до 2 [0; 5]; $p < 0,05$) относительно предоперационного (6 [2; 10]). У пациентов с III скелетным классом статистически значимое улучшение было получено на 2-м и 3-м контрольном этапе (3 [0; 7] и 1 [0; 3] соответственно) относительно предоперационного показателя (8 [4; 12]). Аспект осознания наличия деформации у всех пациентов статистически значимо улучшился на 2-м и 3-м контрольном этапе. Среди пациентов со II скелетным классом без признаков BDD улучшение в эстетическом и социальном аспекте было получено на всех контрольных этапах, в аспекте осознания наличия деформации — на 2-м и 3-м этапе ($p < 0,05$), а в функциональном аспекте — только на 3-м этапе с улучшением до 1 [0; 4] против 5 [2; 10] до операции ($p < 0,05$). У пациентов со II скелетным классом с признаками BDD улучшение в эстетическом аспекте получено на всех контрольных этапах ($p < 0,05$), в социальном аспекте — на 2-м и 3-м этапе (11,5 [7,5; 20] и 8,5 [5; 17] соответственно) относительно предоперационного показателя (22 [13,5; 23]), в функциональном аспекте — только на 3-м этапе (5 [1,25; 9,5]) относительно предоперационного показателя (9 [3,5; 13]; $p < 0,05$). Улучшение в аспекте осознания наличия деформации не достигнуто. Среди пациентов с III скелетным классом без признаков BDD улучшение на всех контрольных этапах получено в эстетическом и социальном аспектах ($p < 0,05$), на 2-м и 3-м этапе — в функциональном аспекте и в аспекте осознания наличия деформации ($p < 0,05$). У пациентов с III скелетным классом с признаками BDD улучшение показателей достигнуто на всех контрольных этапах в эстетическом аспекте ($p < 0,05$), на 2-м и 3-м этапе — в социальном аспекте (11 [5,75; 15,5] и 10 [4; 12,75] соответственно) относительно предоперационного показателя (13 [11; 29]; $p < 0,05$) и ни на одном из контрольных этапов во всех остальных аспектах OQLQ. **Заключение.** Ортогнатическая операция способствует улучшению качества жизни пациентов с аномалиями челюстей, однако присутствие у них синдрома BDD значительно препятствует положительному восприятию аспектов OQLQ в реабилитационном периоде. Данные обстоятельства свидетельствуют о необходимости проведения диагностики пациентов со II и с III скелетными классами на присутствие у них синдрома BDD и устранении его на предоперационном этапе.

Ключевые слова: ортогнатическая операция, аномалии челюстей, качество жизни, дисморфическое расстройство тела, дисморфофобия

A.T. Galazov,

postgraduate at the Maxillofacial and plastic surgery Department

A.Yu. Drobyshev,

Doctor of Science in Medicine, full professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

N.S. Drobysheva,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Orthodontics Department

N.A. Redko,

PhD in Medical Sciences, assistant professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

S.K. Techiev,

PhD in Medical Sciences, assistant professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

T.H. Le,

postgraduate at the Maxillofacial and plastic surgery Department

I.A. Klipa,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

E.G. Sviridov,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

V.M. Mikhaylyukov,

PhD in Medical Sciences, associate professor of the Maxillofacial and plastic surgery Department

Russian University of Medicine,
127006, Moscow, Russia

The importance of the presence of dysmorphophobic disorder in patients with jaw anomalies in the dynamic assessment of changes in quality of life during rehabilitation after orthognathic surgery

Abstract. Body dysmorphic disorder (BDD) is a mental disorder that can distort the perception of one's own body appearance and lead to serious impairment of functioning in social, professional and other spheres, as well as distress. In addition, the presence of this mental disorder in patients can have a negative impact on the perception of the treatment outcome, especially when carried out for aesthetic purposes, which is why a more thorough examination for this syndrome is required. **Objective** — to analyze the dynamics of changes in the quality of life of patients with skeletal classes II and III during rehabilitation after orthognathic surgery, also taking into account the influence of BDD syndrome. **Materials and methods** The study involved 131 patients with jaw anomalies (68 with skeletal class II and 63 with skeletal class III) who had completed orthodontic preparation and were referred for surgery. Signs of dysmorphophobia were assessed preoperatively using the BDDQ-AS questionnaire. Quality of life was assessed using the OQLQ questionnaire preoperatively, 1 month postoperatively (stage 1), 3 months postoperatively (stage 2), and 6 months postoperatively (stage 3). **Results.** After orthognathic surgery, statistically significant improvement in the aesthetic and social aspects of the OQLQ questionnaire was observed in all patients at all postoperative control stages ($p < 0.05$). In the functional aspect, statistically significant deterioration ($p < 0.05$) was observed in patients with skeletal class II, and only at the 3rd control stage was there a statistically significant improvement (up to 2 [0; 5]; $p < 0.05$) relative to the preoperative value (6 [2; 10]). In patients with skeletal class III, statistically significant improvement was obtained at the 2nd and 3rd control stages (3 [0; 7] and 1 [0; 3], respectively) relative to the preoperative value (8 [4; 12]). The aspect of awareness of the presence of deformity improved statistically significantly in all patients at the 2nd and 3rd control stages. Among patients with skeletal class II without signs of BDD, improvement in the aesthetic and social aspects was obtained at all control stages, in the aspect of awareness of the presence of deformity — at the 2nd and 3rd stages ($p < 0.05$), and in the functional aspect — only at the 3rd stage with an improvement of 1 [0; 4] versus 5 [2; 10] before surgery ($p < 0.05$). In patients with skeletal class II with signs of BDD, improvement in the aesthetic aspect was obtained at all control stages ($p < 0.05$), in the social aspect — at the 2nd and 3rd stages (11.5 [7.5; 20] and 8.5 [5; 17], respectively) compared to the preoperative value (22 [13.5; 23]), in the functional aspect — only at the 3rd stage (5 [1.25; 9.5]) compared to the preoperative value (9 [3.5; 13]; $p < 0.05$). Improvement in the aspect of awareness of the presence of deformity was not achieved. Among patients with skeletal class III without signs of BDD, improvement was obtained at all control stages in the aesthetic and social aspects ($p < 0.05$), at the 2nd and 3rd stages — in the functional aspect and the aspect of awareness of the presence of deformity ($p < 0.05$). In patients with skeletal class III with signs of BDD, improvement in indicators was achieved at all control stages in the aesthetic aspect ($p < 0.05$), at the 2nd and 3rd stages in the social aspect (11 [5.75; 15.5] and 10 [4; 12.75], respectively) relative to the preoperative indicator (13 [11; 29]; $p < 0.05$), and at none of the control stages in all other aspects of the OQLQ. **Conclusion.** Orthognathic surgery improves the quality of life of patients with jaw anomalies, but the presence of BDD syndrome significantly hinders the positive perception of the OQLQ aspects during the rehabilitation period. These circumstances make it necessary to diagnose patients with skeletal classes II and III for the presence of BDD syndrome and eliminate it at the preoperative stage.

Key words: orthognathic surgery, jaw anomalies, quality of life, body dysmorphic disorder, dysmorphophobia

ВВЕДЕНИЕ

По данным Американского общества пластической хирургии, только в США за 2023 г. было проведено около 1,5 миллионов хирургических и нехирургических косметических процедур, что на 5% превысило данный показатель за 2022 г. [1]. Более того, предполагается, что вместе с совершенствованием и популяризацией пластической хирургии, ее хирургических и нехирургических

методик, продолжится увеличение данных показателей. Более того, из-за неверно предоставляемой информации населению через социальные сети у пациентов может складываться ложное мнение о безграничных возможностях правильно подобранной и безупречно исполненной пластической процедуры, которая является для них шагом на пути к достижению любых желаемых эстетических результатов. Кроме этого, помимо пациентов с нереалистичными ожиданиями, в поисках

косметических/эстетических пластических процедур на прием к врачам могут обращаться также пациенты, у которых присутствует дисморфическое расстройство тела (Body Dysmorphic Disorder — BDD) [2].

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е дополнение (DSM-5), классифицирует BDD как обсессивно-компульсивное или связанное расстройство, диагностика которого включает в себя четыре критерия [3]:

- 1) озабоченность одним или несколькими дефектами или изъянами во внешности, которые не заметны либо кажутся незначительными для окружающих;
- 2) расстройство повторяющегося поведения и умственные действия (сравнение своей внешности с внешностью окружающих);
- 3) озабоченность внешностью негативно сказывается на социальных, профессиональных и других сферах деятельности;
- 4) озабоченность внешним видом, симптомы которой соответствуют диагностическим критериям расстройства пищевого поведения.

Зачастую причина обращения людей с BDD за косметическими процедурами связана с их преувеличенной неудовлетворенностью эстетикой тела, в то время как лечение таких пациентов в первую очередь должно быть направлено на устранение имеющихся психологических расстройств [4]. Многие специалисты, будучи неспособны распознавать пациентов, потенциально обладающих данным психическим заболеванием, ввиду своей неосведомленности проводили им различные эстетические процедуры, не осознавая, что такая терапия может лишь ухудшить ситуацию [5, 6]. В результате подобных некачественно оказанных медицинских услуг, помимо репутации хирурга, под угрозу может стать и его физическое состояние, поскольку в литературе описаны три случая, в которых пластические хирурги подвергались нападению со стороны пациентов с BDD, не удовлетворенных результатом лечения [7].

В рекомендациях Медицинского совета Австралии (2023) говорится о том, что любой косметической процедуре должна предшествовать проверка пациента на наличие синдрома BDD с использованием проверенного инструмента оценки [8]. Одним из таких надежных и проверенных инструментов является The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire — Aesthetic Surgery (BDDQ-AS). Несмотря на то, что использование BDDQ-AS не позволяет официально установить пациенту диагноз BDD, поскольку данная задача входит в привилегии квалифицированного специалиста, опросник является скрининг-тестом, на основании которого у пациента может быть заподозрено данное психическое заболевание [9].

Улучшение эстетики лица является одной из основных причин, по которой пациенты с челюстными аномалиями обращаются за ортогнатической хирургией [10]. В настоящее время при планировании внешнего вида лица используются различные программы, позволяющие спрогнозировать будущий внешний облик пациента, а также обсудить его с ним [11]. Однако не все обращающиеся за комбинированным (ортодонтическим

и хирургическим) лечением пациенты, в числе которых могут находиться и пациенты с BDD, в равной мере отмечают улучшение со стороны различных аспектов качества жизни, отмечая при этом некую неудовлетворенность, связывая ее с результатом хирургического лечения, не оправдавшим их ожидания. Использование BDDQ-AS при планировании ортогнатической операции благодаря его диагностической эффективности могло бы позволить хирургам предостеречь себя от лечения потенциальных пациентов с BDD и тем самым повысить качество предоставляемого результата лечения.

Цель исследования — провести анализ динамики изменения качества жизни пациентов со II и с III скелетным классом развития челюстей в процессе реабилитации после ортогнатической операции. Выявить влияние синдрома BDD, диагностированного при помощи BDDQ-AS, на динамику изменения качества жизни пациентов со II и с III скелетным классом развития челюстей в процессе реабилитации после ортогнатической операции.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании принял участие 131 пациент с аномалиями челюстей (из них 68 — со II скелетным классом, 63 — с III скелетным классом). Все они завершили ортодонтическую подготовку к ортогнатической операции и были направлены для проведения хирургического вмешательства.

Подготовка пациентов с аномалиями челюстей данного исследования к ортогнатической операции проводилась с использованием методики совместного принятия решений, которая включала первичную и предоперационную консультацию, а также планирование ортогнатической операции [12].

Диагностика на наличие признаков дисморфофобии у пациентов проводилась перед ортогнатической операцией в день госпитализации с использованием опросника BDDQ-AS, включающего 7 вопросов, раскрывающих основные аспекты BDD: озабоченность недостатками внешности, а также связанные с неудовлетворенностью внешним видом стресс и трудности в социальном и профессиональном аспектах.

Для определения качества жизни, связанного со здоровьем полости рта (OHRQoL), проводили анкетирование пациентов при помощи опросника Orthognathic Quality of Life Questionnaire (OQLQ), включающего 22 утверждения, которые можно распределить по 4 аспектам: социальная деформация (8 заявлений); эстетика лица (5 заявлений); функция челюстей (5 заявлений); осознание деформации лица (4 заявления). Общий балл OQLQ может варьировать от 0 до 88; чем он выше, тем хуже качество жизни. Анкетирование и регистрация полученных данных проводили на 4 контрольных этапах:

- до операции;
- через 1 месяц после операции — 1-й контрольный этап (ранний послеоперационный период);
- через 3 месяца после операции — 2-й контрольный этап (поздний послеоперационный период);
- через 6 месяцев после операции — 3-й контрольный этап (отсроченный послеоперационный период).

Динамику показателей опросника OQLQ на послеоперационных контрольных этапах оценивали относительно предоперационного.

При статистической обработке данных проверки данных на нормальность распределения проводили при помощи критерия Шапиро—Уилка (при менее чем 50 наблюдений) и Колмогорова—Смирнова (при более 50 наблюдений). Окончательно данные записывали в виде медианы и межквартильного промежутка — $Me [Q_1; Q_3]$. Сравнение показателей проводили с помощью Т-критерия Вилкоксона. Различия принимали статистически значимыми при $p < 0,05$, сильно значимыми при $p < 0,01$ и очень сильно значимыми при $p < 0,001$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Частота встречаемости пациентов с BDD среди тех, кто обращается в медицинские учреждения за эстетическими процедурами, по данным международных исследований варьирует от 9,1 до 16% [13, 14]. Важно подчеркнуть, что в научной литературе среди пациентов с BDD как в пластической хирургии (74,38%), так и в дерматологии (76,09%) преобладает женский пол, в то время как только в 3 статьях (2 в пластической хирургии и 1 в дерматологии) из 33 исследованных R.V.E. Ribeiro (2017) преобладали мужчины [15]. Из 131 обследованного нами пациента с челюстными аномалиями у 24 (18%) были диагностированы признаки синдрома BDD, при том что 22 из пациентов с признаками BDD оказались женщинами и 2 пациента — мужчинами.

Как и во многих зарубежных и отечественных научных источниках, проведенный нами анализ подтвердил положительное влияние ортогнатической операции на OHRQoL [16]. Так, уже через 1 месяц после

ортогнатической операции, несмотря на еще сохраняющийся послеоперационный отек, произошло статистически очень сильно значимое улучшение эстетического аспекта OQLQ относительно предоперационного уровня у всех пациентов ($p < 0,001$). Через 3 и 6 месяцев также были получены статистически очень сильно значимые различия показателей эстетического аспекта OQLQ относительно предоперационного уровня ($p < 0,001$), что вполне очевидно, ведь при проведении ортогнатической операции стремление хирурга в первую очередь направлено, помимо улучшения функции, на бютификацию и гармонизацию лица, исходя из желаний и представлений о красоте самого пациента (табл. 1 и 2) [17, 18].

Несомненно, аномалии и деформации челюстей, оказывая негативное влияние на внешний вид лица, могут препятствовать и социальной адаптации [19]. Устранение аномалий и деформаций челюстей путем ортогнатической операции привело к тому, что показатели социального аспекта OQLQ, равно как и эстетического, после операции улучшились статистически очень сильно значимо ($p < 0,001$), за исключением раннего послеоперационного периода у пациентов со II скелетным классом ($p < 0,01$; см. табл. 1 и 2).

Операционная травма и послеоперационная межчелюстная иммобилизация способствовали изменениям жевательной мускулатуры, вследствие которых функциональный аспект OQLQ на раннем послеоперационном периоде, напротив, ухудшился относительно предоперационного показателя в обеих группах, причем у пациентов со II скелетным классом статистически очень сильно значимо ($p < 0,001$) [20]. Статистически очень сильно значимое улучшение показателя функционального аспекта у пациентов со II скелетным классом было получено лишь через 3 месяца после операции ($p < 0,001$), в то время у пациентов с III скелетным классом статистически очень сильно значимое улучшение данного показателя наблюдалось уже начиная с 1-го месяца после операции ($p < 0,001$).

О положительном влиянии ортогнатической операции и на психологическую составляющую пациентов с челюстными аномалиями указывает улучшение аспекта осознания деформации лица, хотя на его улучшение пациентов потребовалось 3 месяца, на этапе которого были получены статистически сильно значимые различия

Таблица 1. Показатели 68 пациентов со II скелетным классом до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ ($Me [Q_1; Q_3]$), баллы

Table 1. Indicators of 68 patients with skeletal Class II before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire ($Me [Q_1; Q_3]$, points)

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	p	OQLQ	p	OQLQ	p
Социальный	9 [3; 16]	4 [1; 14]	<0,01	3 [0; 9]	<0,001	1 [0; 6]	<0,001
Эстетика	11 [6; 16]	4 [1; 8]	<0,001	2 [0; 6]	<0,001	1 [0; 5]	<0,001
Функция	6 [2; 10]	13 [5; 16]	<0,001	6 [3; 10]	0,7	2 [0; 5]	<0,001
Обеспокоенность	6 [3; 11]	5 [3; 10]	0,9	5 [1; 8]	<0,01	4 [1; 8]	<0,001

Таблица 2. Показатели 63 пациентов с III скелетным классом до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ ($Me [Q_1; Q_3]$), баллы

Table 2. Indicators of 63 patients with skeletal Class III before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire ($Me [Q_1; Q_3]$, points)

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	p	OQLQ	p	OQLQ	p
Социальный	9 [3; 14,75]	3 [1; 8]	<0,001	1,5 [0; 4,75]	<0,001	1 [0; 3,75]	<0,001
Эстетика	10,5 [6; 17]	3 [0,25; 6]	<0,001	1 [0; 5]	<0,001	1 [0; 4]	<0,001
Функция	8 [4; 12]	9,5 [3,25; 14]	0,06	3 [0; 7]	<0,001	1 [0; 3]	<0,001
Обеспокоенность	6,5 [3; 10,75]	6 [2; 9]	0,20	5 [1,25; 8]	<0,01	3,5 [0,25; 6]	<0,001

с дооперационными значениями ($p<0,01$). Причиной тому может быть устранение челюстных аномалий, морфологических и функциональных нарушений и связанных с этим переживаний пациентов. Избавление от такого рода потенциальных раздражителей позволяет уравнивать психоэмоциональный статус с таковым у населения без аномалий и деформаций челюстей (см. табл. 1 и 2) [19].

Деление пациентов на подгруппы при помощи опросника BDDQ-AS позволило отделить более удовлетворенных результатом лечения пациентов от менее довольных. Благодаря этому удалось повысить коэффициент статистически значимых различий, получаемых на различных этапах реабилитации относительно предоперационных показателей.

Так, статистически очень сильно значимое улучшение показателей эстетического аспекта OQLQ было получено на всех этапах реабилитации среди пациентов без признаков BDD ($p<0,001$). В свою очередь, у пациентов со II и III скелетными классами с признаками BDD на всех послеоперационных этапах было получено лишь статистически сильно значимое улучшение показателей эстетического аспекта опросника OQLQ ($p<0,01$) относительно предоперационных значений. Связано это с тем, что пациенты с BDD, в отличие от пациентов без данного психического нарушения, бывают склонны уделять чрезмерное, а порой даже неадекватное внимание мельчайшим деталям во внешности, которые, как им кажется, не соответствуют их представлениям о том идеале, который они хотели бы приобрести. Казалось бы, возможности современных технологий, в частности виртуальное планирование, позволяют с высокой точностью воспроизвести для пациента и обсудить с ним все неудовлетворяющие его детали лица, подлежащие коррекции, но сложность при планировании внешности тех, кто страдает синдромом BDD, заключается в том,

что порой они не в состоянии объяснить или описать те детали, которые хотели бы изменить [21].

Несмотря на это, совместное с пациентом принятие решений при подготовке к ортогнатической операции позволяет достигать удовлетворяющих эстетических результатов пациентов, в том числе при признаках синдрома BDD (табл. 3–6) [12].

У пациентов со II скелетным классом без признаков BDD были выявлены статистически очень сильно значимые различия показателя социального аспекта на всех послеоперационных периодах ($p<0,001$). В то же время у пациентов с признаками BDD статистически значимое улучшение показателя социального аспекта OQLQ произошло только на 2-м и 3-м контрольном этапе, через 3 и 6 месяцев после операции ($p<0,01$; см. табл. 3 и 4).

У пациентов с III скелетным классом без признаков BDD статистически очень сильно значимые различия показателей социального аспекта были получены на всех контрольных этапах ($p<0,001$). У тех же пациентов с признаками BDD через 1 месяц после операции не выявлено статистически значимых различий с показателем до операции, а через 3 и 6 месяцев были выявлены лишь статистически значимые различия ($p<0,05$; см. табл. 5 и 6). Действительно, отклонение от эталонного национально-культурного образа внешности, присущего той или иной обществу, несомненно, может оказывать влияние на его социализацию, однако еще больше это усугубляется у людей с признаками BDD, которые склонны скрывать гложущие их недостатки или дефекты от окружающих из страха всеобщего неодобрения, что несомненно ухудшает качество их жизни в целом [3, 22].

У пациентов со II скелетным классом без признаков BDD медианные показатели функционального аспекта OQLQ на через 1 месяц после операции сильно значимо ухудшились с исходных 5 до 11 баллов ($p<0,01$), с последующим очень сильно значимым

улучшением до 1 балла через 6 месяцев ($p<0,001$). Показатели функционального аспекта у пациентов с признаками BDD также статистически значимо ухудшились через 1 месяц после операции ($p<0,05$), но, в отличие от подгруппы без признаков BDD, статистически значимо улучшились только лишь в отсроченном послеоперационном периоде относительно исходного ($p<0,05$; см. табл. 3 и 4).

Таблица 3. Показатели 52 пациентов со II скелетным классом без признаков BDD до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ (Me [Q₁; Q₃]), баллы
Table 3. Indicators of 52 patients with skeletal Class II without signs of BDD before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire (Me [Q₁; Q₃], points)

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	<i>p</i>	OQLQ	<i>p</i>	OQLQ	<i>p</i>
Социальный	8 [2; 13]	3 [0; 8]	<0,001	2 [0; 6]	<0,001	1 [0; 4]	<0,001
Эстетика	8 [5; 14]	2 [0; 6]	<0,001	1 [0; 5]	<0,001	0 [0; 3]	<0,001
Функция	5 [2; 10]	11 [4; 16]	<0,01	5 [2; 10]	0,5	1 [0; 4]	<0,001
Обеспокоенность	5 [2; 10]	5 [2; 8]	0,7	4 [1; 8]	<0,05	3 [0; 6]	<0,001

Таблица 4. Показатели 12 пациентов со II скелетным классом с признаками BDD до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ (Me [Q₁; Q₃]), баллы

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	<i>p</i>	OQLQ	<i>p</i>	OQLQ	<i>p</i>
Социальный	22 [13,5; 23]	19 [16,25; 22]	0,8	11,5 [7,5; 20]	<0,01	8,5 [5; 17]	<0,01
Эстетика	17,5 [15,5; 20]	12,5 [8,25; 14,75]	<0,01	9,5 [6,25; 14]	<0,01	8 [4,25; 11]	<0,01
Функция	9 [3,5; 13]	16 [14; 17,75]	<0,05	10 [5,25; 12,75]	0,7	5 [1,25; 9,5]	<0,05
Обеспокоенность	10 [7,25; 11]	11 [8,25; 13,5]	0,6	8 [7; 9,5]	0,2	8 [7; 8,75]	0,07

Table 4. Indicators of 12 patients with skeletal Class II with signs of BDD before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire (Me [Q₁; Q₃], points)

Таблица 5. Показатели 56 пациентов с III скелетным классом без признаков BDD до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ (Me [Q₁; Q₃]), баллыTable 5. Indicators of 56 patients with skeletal Class III without signs of BDD before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire (Me [Q₁; Q₃], points)

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	p	OQLQ	p	OQLQ	p
Социальный	5 [2; 12,75]	2 [1; 4,75]	<0,001	1 [0; 3]	<0,001	0 [0; 2]	<0,001
Эстетика	9 [5; 14,75]	2 [0; 5]	<0,001	0,5 [0; 3]	<0,001	0 [0; 2]	<0,001
Функция	7 [4; 11]	9 [3; 13,75]	0,07	2 [0; 4,75]	<0,001	1 [0; 3]	<0,001
Обеспокоенность	6 [2; 10]	4 [1,25; 8]	0,07	4 [1; 7]	<0,001	2 [0; 4,75]	<0,001

Таблица 6. Показатели 12 пациентов с III скелетным классом с признаками BDD до и после ортогнатической операции по опроснику OQLQ (Me [Q₁; Q₃]), баллыTable 6. Indicators of 12 patients with skeletal Class III with signs of BDD before and after orthognathic surgery according to the OQLQ questionnaire (Me [Q₁; Q₃], points)

Аспект	До операции	1 месяц		3 месяца		6 месяцев	
		OQLQ	p	OQLQ	p	OQLQ	p
Социальный	13 [11; 29]	18 [5,75; 9,75]	0,4	11 [5,75; 15,5]	<0,05	10 [4; 12,75]	<0,05
Эстетика	17 [14; 18]	8 [3,75; 13,5]	<0,01	7 [6; 9,75]	<0,01	6,5 [4; 9]	<0,01
Функция	10,5 [9; 14]	13 [6,5; 16,75]	0,7	10,5 [4,25; 14,25]	0,3	7 [3,5; 10,75]	0,054
Обеспокоенность	9,5 [5,75; 12]	10 [9; 12]	0,3	9 [6,5; 12]	0,8	8 [6,5; 13]	0,9

У пациентов с III скелетным классом без признаков BDD медианный показатель функционального аспекта OQLQ через 1 месяц после операции также ухудшился с 9 до 7 баллов ($p>0,05$), но затем статистически очень сильно значимо улучшился через 3 и 6 месяцев ($p<0,001$). Показатели функционального аспекта у пациентов с признаками BDD через 1 месяц ухудшились с 10,5 до 13 баллов ($p>0,05$) и впоследствии, через 3 и 6 месяцев, значимого улучшения достигнуто не было ($p>0,05$; см. табл. 5 и 6).

Исходя из полученных результатов можно предположить, что пациенты с признаками BDD могут быть склонны также к неадекватной и негативной оценке своих функциональных возможностей, в частности в качестве функционирования челюстей. При этом лечение, направленное на улучшение функции у пациентов с BDD, также может не увенчаться успехом и не принести им удовлетворение.

При исследовании аспекта осознания деформации у пациентов со II скелетным классом без признаков BDD через 3 месяца после операции были получены статистически значимые различия ($p<0,05$), в то время как у пациентов с признаками BDD статистически значимые различия не были получены ни на одном контрольном этапе (см. табл. 3, 4). Статистически очень сильно значимые различия в подгруппе пациентов с III скелетным классом без признаков BDD были также получены уже на 2-м контрольном этапе ($p<0,001$), в то время как в подгруппе с признаками BDD не получены ни на одном послеоперационном контрольном этапе ($p>0,05$; см. табл. 5 и 6).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключении можно сказать о положительном влиянии ортогнатической операции на качество жизни, связанное со здоровьем полости рта, благодаря которой уже на ранних реабилитационных этапах представляется возможность обеспечить пациентам со II и с III скелетным классом значительное улучшение субъективного восприятия эстетического и социального аспектов и аспекта осознания деформации OQLQ. Функциональный аспект в связи с особенностями послеоперационного ведения пациентов субъективно ухудшается на ранних этапах, однако в последующем тоже значительно улучшается.

Присутствие у пациентов признаков BDD значительно препятствует положительному восприятию аспектов качества жизни OQLQ в процессе реабилитации после ортогнатической операции, что делает необходимым диагностику и купирование данного синдрома перед проведением ортогнатической операции, чтобы обеспечивать пациентам не только хорошие результаты, но и более благоприятный и комфортный процесс восстановления после хирургического вмешательства. Более того, возможно, терапия, назначенная пациентам с BDD психологом или психотерапевтом, может оказаться эффективной на любом этапе послеоперационной реабилитации. При этом использование методики совместного принятия решений при подготовке пациентов с признаками BDD к ортогнатической операции позволяет достигать удовлетворительных эстетических результатов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. 2023 plastic surgery statistics. — American Society of Plastic Surgeons, 2023. — Pp. 4 — 6. <https://tinyurl.com/asps2023>
2. Sweis I.E., Spitz J., Barry D.R. Jr, Cohen M. A Review of body dysmorphic disorder in aesthetic surgery patients and the legal implications. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2017; 41 (4): 949—954. PMID: 28204935
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. — American Psychiatric Publishing, 2013. — Pp. 242 — 247.
4. Moulton S.J., Gullyas C., Hogg F.J., Power K.G. Psychosocial predictors of body image dissatisfaction in patients referred for NHS aesthetic surgery. — *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* — 2018; 71 (2): 149—154. PMID: 29249674
5. Morselli P.G., Micai A., Boriani F. Eumorphic plastic surgery: Expectation versus satisfaction in body dysmorphic disorder. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2016; 40 (4): 592—601. PMID: 27251751
6. Dey J.K., Ishii M., Phillis M., Byrne P.J., Boahene K.D., Ishii L.E. Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. — *JAMA Facial Plast Surg.* — 2015; 17 (2): 137—43. PMID: 25654334
7. Crerand C.E., Franklin M.E., Sarwer D.B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery. — *Plast Reconstr Surg.* — 2006; 118 (7): 167e—180e. PMID: 17102719
8. Thomson D.R., Thomson N.E.V., Southwick G. Screening for body dysmorphic disorder in plastic surgery patients. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2024; 48 (14): 2738—2743. PMID: 38538768
9. Lekakis G., Picavet V.A., Gabriëls L., Grietens J., Hellings P.W. Body dysmorphic disorder in aesthetic rhinoplasty: Validating a new screening tool. — *Laryngoscope.* — 2016; 126 (8): 1739—45. PMID: 27223322
10. Keefe S.H., Keefe M.G., Hui B., Pogrel M.A. Patient motivation and satisfaction from orthognathic surgery—a case series. — *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* — 2023; 135 (2): e15—e24. PMID: 36058835
11. Колчин С.А., Дробышев А.Ю., Куракин К.А., Дибиров Т.М., Митерев А.А. Использование 3D-технологий при планировании ортогнатических операций у пациентов с аномалиями развития челюстей. — *Эндодонтия Today.* — 2022; 2: 189—196. [Kolchin S.A., Drobyshev A.Yu., Kurakin K.A., Dibirov T.M., Miterov A.A. The use of 3D technologies in the planning of orthognathic operations in patients with anomalies in the development of the jaws. — *Endodontics Today.* — 2022; 2: 189—196 (In Russian)]. eLibrary ID: 49065617
12. Галазов А.Т., Дробышев А.Ю., Редько Н.А., Дибиров Т.М., Михайлюков В.М., Митерев А.А. Применение метода совместного принятия решений при подготовке пациентов к ортогнатической операции. — *Стоматология.* — 2025; 4: 26—32. [Galazov A.T., Drobyshev A.Yu., Redko N.A., Dibirov T.M., Mikhaylyukov V.M., Miterov A.A. The significance of using the method of shared decision-making in preparing patients for orthognathic surgery. — *Stomatology.* — 2025; 4: 26—32 (In Russian)]. eLibrary ID: 82949850
13. Wang Q., Cao C., Guo R., Li X., Lu L., Wang W., Li S. Avoiding psychological pitfalls in aesthetic medical procedures. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2016; 40 (6): 954—961. PMID: 27761610
14. Veale D., Gledhill L.J., Christodoulou P., Hodsoll J. Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. — *Body Image.* — 2016; 18: 168—86. PMID: 27498379
15. Ribeiro R.V.E. Prevalence of body dysmorphic disorder in plastic surgery and dermatology patients: A systematic review with meta-analysis. — *Aesthetic Plast Surg.* — 2017; 41 (4): 964—970. PMID: 28411353
16. Вагнер В.Д., Хасянов А.Ш., Смирнова Л.Е. Динамика качества жизни пациентов при реабилитации после ортогнатических операций. — *Стоматология для всех.* — 2017; 2: 56—58. [Vagner V.D., Khasyanov A.Sh., Smirnova L.E. The dynamics of quality of life in patients during rehabilitation after orthognathic surgery. — *International Dental Review.* — 2017; 2: 56—58 (In Russian)]. eLibrary ID: 29431324
17. Куракин К.А., Дробышев А.Ю., Лонская Е.А., Колчин С.А. Проведение симультанных операций для улучшения эстетических результатов комбинированного лечения. — *Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии.* — 2016; 2: 11—22. [Kurakin K.A., Drobyshev A.Y., Lonskaya E.A., Kolchin S.A. Zygoma osteotomy as a part of simultaneous operation to enhance esthetic outcome in orthognathic patients. — *Plastic Surgery and Aesthetic Medicine.* — 2016; 2: 11—22 (In Russian)]. eLibrary ID: 27219061
18. Соловьев М.М., Ан И.А. Обоснование нового протокола оценки объемных пропорций лица. — *Институт стоматологии.* — 2021; 2 (91): 114—118. [Solovyov M.M., An I.A. Basing of new protocol of estimation volumetric face proportions. — *The Dental Institute.* — 2021; 2 (91): 114—118 (In Russian)]. eLibrary ID: 46227995
19. Галазов А.Т., Дробышев А.Ю., Дробышева Н.С., Редько Н.А., Клипа И.А., Свиридов Е.Г., Михайлюков В.М. Влияние морфологических и функциональных нарушений на качество жизни пациентов со скелетными аномалиями окклюзии. — *Клиническая стоматология.* — 2024; 1: 144—151. [Galazov A.T., Drobyshev A.Yu., Drobysheva N.S., Redko N.A., Klipa I.A., Sviridov E.G., Mikhaylyukov V.M. The influence of morphological and functional disorders on the quality of life of patients with skeletal anomalies of occlusion. — *Clinical Dentistry (Russia).* — 2024; 1: 144—151 (In Russian)]. eLibrary ID: 63433236
20. Tomanek R.J., Lund D.D. Degeneration of different types of skeletal muscle fibres. I. Denervation. — *J Anat.* — 1973; 116 (Pt 3): 395—407. PMID: 4275502
21. Conrado L.A., Hounie A.G., Diniz J.B., Fossaluza V., Torres A.R., Miguel E.C., Rivitti E.A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. — *J Am Acad Dermatol.* — 2010; 63 (2): 235—43. PMID: 20561712
22. Bispo de Carvalho Barbosa P., de Andrade Vieira W., de Macedo Bernardino Í., Costa M.M., Pithon M.M., Paranhos L.R. Aesthetic facial perception and need for treatment in simulated laterognathism in male faces of different ethnicities. — *Oral Maxillofac Surg.* — 2019; 23 (4): 407—413. PMID: 31187286