

А.Ш. Хасянов,
аспирант отдела организации
стоматологической службы,
лицензирования и аккредитации

Л.Е. Смирнова,
к.м.н., ст.н.с. отдела организации
стоматологической службы,
лицензирования и аккредитации

ЦНИИСиЧЛХ

Социальная характеристика пациентов с челюстно-лицевыми аномалиями, находящихся на хирургическом лечении в стационаре

Резюме. В исследовании участвовало 113 пациентов, которым были выполнены ортогнатические операции по следующим показаниям: аномалия соотношения зубных дуг (дистальный и мезиальный прикус) и деформация лицевого скелета после переломов и травм. Всем респондентам была дана социальная характеристика.

Ключевые слова: качество жизни, социальные характеристики пациентов, челюстно-лицевые аномалии

Summary. The study involved 113 patients who underwent orthognathic surgery for the following indications: anomaly correlation of dental arches (distal and mesial bite) and deformation of the facial skeleton after fractures and injuries. All respondents were given social characteristics.

Key words: quality of life, social characteristics of patients, facial anomalies

Челюстно-лицевые аномалии являются одними из распространенных патологий у стоматологических пациентов, что подтверждается статистическими исследованиями, проведенными в разных странах мира. Их распространенность колеблется от 11,4 до 71,7%, что зависит от методического уровня исследований, профессиональной подготовки врачей, ошибок репрезентативности. Внешние дефекты, связанные с эстетическими проблемами зубных рядов и лица в целом, влияют на психологическое состояние пациентов с различным социальным статусом.

В нашем исследовании приняли участие 113 пациентов, которым были выполнены ортогнатические операции по следующим показаниям: аномалия соотношения зубных дуг (дистальный и мезиальный прикус) и деформация лицевого скелета после переломов и травм. Среди респондентов было 68 (60,2%) женщин и 45 (39,8%) мужчин. Средний возраст опрошенных составил 38,5 лет, причем средний возраст респондентов мужского пола равен 41,3 года, женского — 36,2 года. Большую часть составили пациенты в возрасте 31 года — 40 лет. Минимальным было количество пациентов

в возрасте от 51 года и старше — 6 (5,3%) человек, из них треть составляли мужчины (табл. 1).

Пациенты представили информацию о наличии вредных привычек и неблагоприятных факторов, которым они подвергались в течение жизни. Практически половина опрошенных пациентов курят, 15% указали на употребление алкоголя. При этом частоту курения и употребления алкоголя пациентами-мужчинами характеризуют статистически значимые отличия ($p < 0,05$) относительно распространенности данных вредных привычек среди женщин. Часть опрошенных (8 мужчин и 5 женщин) проживали в течение жизни в местности с тяжелыми климатическими условиями, 8 человек (5 мужчин и 3 женщины) имели профессиональные вредности. Оба указанных фактора несколько чаще отмечались в группе пациентов-мужчин, хотя значимых отличий ($p > 0,05$) при этом выявлено не было (рис. 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и полу

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
18—30	9	20,0	8	11,8	17	15,0
31—40	21	46,7	37	54,4	58	51,3
41—50	13	28,9	19	27,9	32	28,4
51 и старше	2	4,4	4	5,9	6	5,3

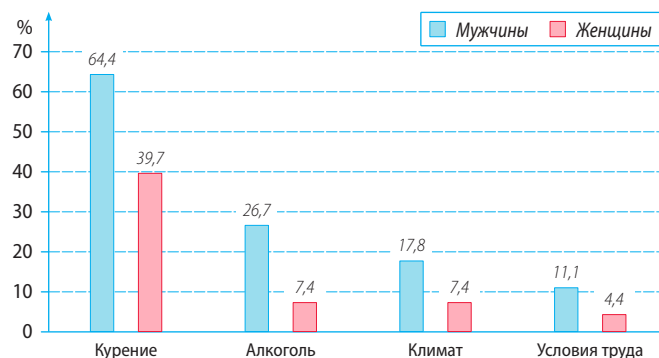


Рис. 1. Распределение ответов пациентов о наличии вредных привычек и неблагоприятных факторов в отношении здоровья

Среди опрошенных пациентов больше половины были женаты или замужем (рис. 2). Среди мужчин доля женатых составила 55,5% (25 человек) и была выше, чем среди женщин, — 50,0% (34 пациентки), хотя значимых межгрупповых различий при этом выявлено не было. В то же время среди женщин было больше разведенных, их относительное количество составило соответственно 29,4% (20 человек), тогда как среди мужчин были разведены 20% (9 человек).

Опрос показал, что у большинства респондентов (99 человек, 87,6%) есть дети, которые в 47,8% случаев проживают вместе с ними. Почти у четверти пациентов (30 человек, 26,6%) дети проживают отдельно, при этом они регулярно посещают респондентов, тогда как 15 (13,2%) участников исследования видятся с детьми редко. При этом отмечено, что у пациентов-женщин дети, проживающие отдельно, посещают их достаточно часто, как и пациентов-мужчин (26,5—26,7%).

Большинство опрошенных (84 человека, 74,3%) проживают в городе, 22 (19,5%) постоянно живут в пригороде, а в сельской местности — лишь 7 (6,2%) респондентов. При этом доля мужчин, проживающих в городе, несколько ниже значения этого показателя среди женщин, соответственно 31 (68,9%) и 53 (77,9%) пациента. В то же время относительное количество респондентов, проживающих в пригороде, имеют обратное соотношение — 11 (24,4%) мужчин и 11 (16,2%) женщин. В отдельных квартирах проживают 90 (79,7%) опрошенных больных, 18 (15,9%) живут в собственном доме, 5 (4,4%) пациентов постоянно проживают в комнате или общежитии. При этом доли мужчин и женщин, проживающих в квартирах и домах, существенно не различаются (34—75,5% и 56 человек — 82,4%), тогда как относительное количество мужчин, проживающих в комнате или общежитии, составило 6,7% (3 человека), значение этого показателя для женщин ниже — 2,9% (2 человека). Значимых межгрупповых различий по условиям проживания среди мужчин и женщин не выявлено.

Оценка занятости пациентов показала, что наиболее распространенной сферой их деятельности является

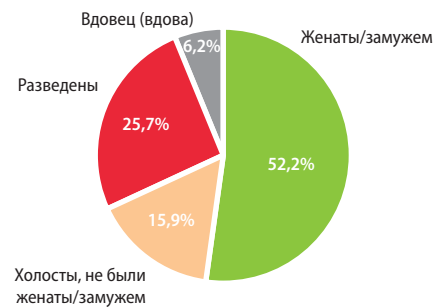


Рис. 2. Семейное положение пациентов

торговля и услуги для 33,3% мужчин и 42,6% (29) женщин. Только 8 человек (7,1% респондентов) работают в сфере науки, двое мужчин (2,4% в общей выборке больных) находились на военной службе. При этом пациенты-женщины несколько чаще по сравнению с мужчинами работают в сфере образования: 14,7% и 6,7% соответственно, а в сфере науки женщины работают в два раза чаще. Пациенты-мужчины (26,8%) чаще женщин (7,4%) находятся на государственной службе и работают в сфере промышленности: 20,0 и 14,7% соответственно (рис. 3).

Респонденты оценили свой уровень экономического дохода, что позволило констатировать достаточно низкий подушевой доход на семью у большинства опрошенных. Так, уровень дохода от 70 тыс. рублей и выше на члена семьи имеют только 7 (6,2%) опрошенных, столько же человек располагают ежемесячно суммой в 10 тыс. рублей. Об относительном благополучии — уровень дохода 40—70 тыс. рублей на человека — сообщила примерно треть респондентов. Средний уровень доходов у мужчин несколько выше, чем у женщин, хотя значимых различий по данному показателю не выявлено. Отмечена гендерная диспропорция по уровню доходов. Так, на уровень доходов 10—20 тыс. рублей на члена семьи указывают 25,0% опрошенных женщин против 20,7% опрошенных мужчин. Однако доля пациентов с доходом в 20—40 тыс. рублей значимо не отличается у мужчин и женщин (30,9% и 31,1%). Более существенные уровни дохода показали пациенты-мужчины. Уровень дохода в 40—70 тыс. рублей среди них несколько выше, чем среди женщин (35,6% и 32,4% соответственно), а лиц с доходами свыше 70 тыс. рублей среди мужчин отмечено в 2 раза больше, чем среди женщин (рис. 4).

Еще более наглядные различия выявлены при сравнении доходов пациентов разных возрастов. Так, уровень дохода 10—20 тыс. рублей отмечен только у 5,9% пациентов до 50 лет, в то время как среди опрошенных старше 50-летнего возраста этот уровень дохода более характерен (32,9%).

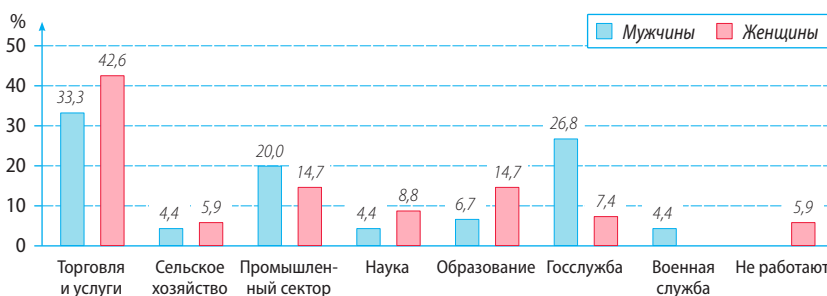


Рис. 3. Сферы занятости респондентов

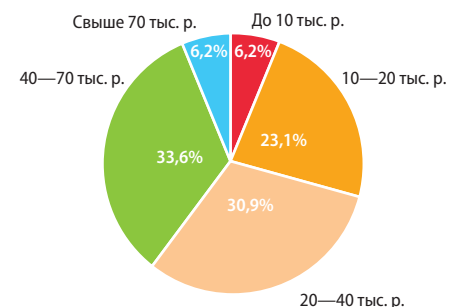


Рис. 4. Среднемесячный доход пациентов (их семей)

Таблица 2. Особенности общения пациентов

Варианты ответов	Мужчины		Женщины		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Имеют широкий круг общения (семья, друзья, соседи, коллеги, знакомые)	13	28,9	26	38,2	39	34,5
Общаются в основном с членами семьи и соседями	19	42,2	30	44,1	49	43,4
Общаются с одним-двумя близкими людьми	7	15,6	7	10,3	14	12,4
Стараются общаться как можно меньше, практически ни с кем не общаются	6	13,3	5	7,4	11	9,7

Таблица 3. Наличие стрессогенных ситуаций у респондентов

Варианты ответов	Мужчины		Женщины		Итого	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Не отмечают тяжелых стрессогенных ситуаций в прошлом и в настоящее время	2	4,4	2	2,9	4	3,5
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации, но достаточно давно (более 5 лет назад)	5	11,1	14	20,6	19	16,8
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации от 1 года до 2 лет назад	16	35,6	28	41,2	44	38,9
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации в течение последнего года	8	17,8	10	14,7	18	15,9
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации в настоящее время	12	26,7	9	13,2	21	18,7
Отмечают тяжелые стрессогенные ситуации регулярно в течение последних 1 года — 2 лет	2	4,4	5	7,4	7	6,2

При оценке психоэмоционального статуса респондентов выяснилось, что большинство опрошенных общаются в основном с членами семьи и соседями, 39 (34,5%) респондентов ответили, что имеют широкий круг общения, в то время как 14 (12,4%) опрошенных общаются лишь с одним-двумя близкими. Небольшая доля пациентов (11, 9,7%) стремятся к ограничению социальных контактов и практически ни с кем не общаются (табл. 2).

Абсолютное большинство опрошенных пациентов (96,5%) имели в прошлом и/или имеют в настоящем тяжелые стрессогенные ситуации. На момент опроса в них находился 21 (18,7%) респондент, причем из них мужчин было в два раза больше. Наибольшее количество опрошенных пациентов (44, 38,9%) отмечают тяжелые стрессы в течение последних двух лет, причем у 7 (6,2%) больных подобные ситуации возникали регулярно, у 19 (16,8%) участников исследования стрессогенные жизненные ситуации возникали более 5 лет назад (табл. 3).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в хирургическом лечении при челюстно-лицевых аномалиях чаще нуждаются женщины, лица в возрасте 31 года — 40 лет (51,3%), половина респондентов с данной патологией имеют вредные привычки — 49,6% курят, 11,5% проживали в течение жизни в местности с тяжелыми климатическими условиями, 52,2% женаты или замужем, 79,3% проживают в городе, 79,7% имеют собственную квартиру, наиболее распространенной сферой их деятельности являются торговля и услуги — 44 (38,9%), среднемесячный доход на члена семьи составляет 40—70 тыс. рублей (33,6%), общаются в основном с членами семьи и соседями 43,4%, 38,9% отмечают тяжелые стрессогенные ситуации от 1 года до 2 лет назад.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Вагнер В.Д., Архарова О.Н. Социальный статус пациентов, обращающихся за ортодонтической помощью. — *Институт стоматологии*. — 2015; 3 (68): 16—7.
2. Вашурин И.В., Вагнер В.Д., Гуревич К.Г. Качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью, нуждающихся в стоматологическом ортопедическом лечении. — *Институт стоматологии*. — 2011; 50: 66—7.
3. Мансур Ю.П., Казанцева И.А. Качество жизни взрослых пациентов с аномалиями окклюзии в ходе ортодонтического лечения. — *Современные проблемы науки и образования*. — 2014; 4.
4. Пешков М.В., Вагнер В.Д. Влияние некоторых факторов на качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью. — *Институт стоматологии*. — 2015; 4 (69): 28—9.
5. Kenealy P.M., Kingdon A., Richmond S., Shaw W.C. The Cardiff dental study: a 20-year critical evaluation of the psychological health gain from orthodontic treatment. — *Br J Health Psychol*. — 2007; 12: 17—49.