

# Социальная характеристика и качество жизни пациентов, обращающихся в клинику эстетической стоматологии

Е.Н. Веденева, К.Г. Гуревич, В.Д. Вагнер, Е.Г. Фабрикант

Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава, Москва

## Резюме

Качество жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением зависит от социальных факторов. В работе показано, что возраст, семейное положение и восприятие собственного состояния здоровья являются ключевыми факторами, определяющими качество жизни.

**Ключевые слова:** качество жизни, социальные факторы.

## Social characteristic and the quality of the life of patients, who are admitted to the aesthetical stomatology clinic

E.N. Vedeneva, K.G. Gurevich, E. Wagner, E.G. Fabrikant  
Moscow State University of Medicine and Dentistry,  
Moscow

## Summary

The quality of the life of patients, who are admitted for the aesthetical stomatological treatment depends on social factors.

In the work it is shown that the age, marital status and perception of health are the key factors, which determine the quality of life.

**Key words:** the quality of life, the social factors

**Координаты для связи с авторами:** kgurevich@mail.ru

## Введение

Понятие «эстетическая стоматология» возникло в середине XX века. По всей видимости, до начала XX века не было необходимости в эстетическом стоматологическом лечении. Так, если посмотреть на портреты, начиная с эпохи Возрождения, то изображенные на них люди редко улыбаются, а если улыбаются, то краями губ. Мода на улыбку во весь рот, так называемую «голливудскую улыбку» возникла в США в 1930-е гг. Далее эта мода распространилась и на страны Европы. Вероятно, своим возникновением мода на голливудскую улыбку обязана кино. В настоящее время для многих людей белоснежная улыбка является синонимом успешности. Более того, описаны психологические нарушения, связанные с неидеально белоснежной улыбкой [1-2].

Есть исследование, показывающее важность эстетического стоматологического лечения для нормального психологического и психического развития детей и подростков. Даже незначительные эстетические дефекты повышают замкнутость подростков, затрудняют их общение со сверстниками, замедляют умственное развитие. У детей, имеющих эстетические дефекты, отмечается снижение уровня интеллекта по сравнению со сверстниками без

дефектов. После проведенного эстетического стоматологического лечения наблюдается более активное интеллектуальное развитие [3].

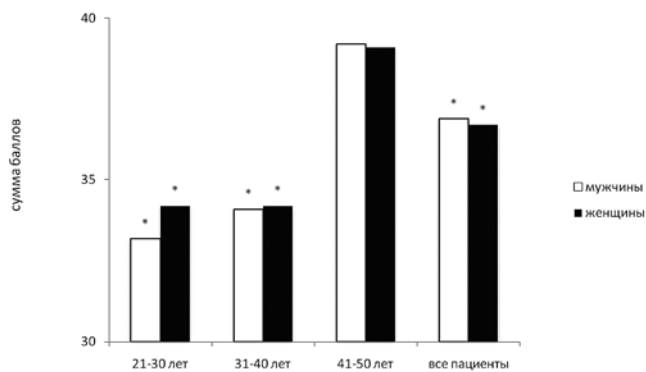
Интересно отметить, что эстетическое стоматологическое лечение важно не только для учащихся и работающих, но и пенсионеров. Оно облегчает общение, способствует продлению активного долголетия пожилых. Было отмечено, что у пожилых пациентов с сохранной эстетикой рта реже наблюдается кариес как корня, так и коронковой части зуба. Авторы полагают, что в дальнейшем затраты на стоматологическое лечение таких пациентов будут ниже, чем у их сверстников с нарушениями эстетики [4].

Так как одной из мер удовлетворенности пациентов состоянием полости рта является критерий качества жизни [5], то нас заинтересовало, в какой степени социальные факторы определяют качество жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. В литературе мы не нашли ответа на данный вопрос, что послужило обоснованием проведения исследования. Его целью явилось изучение связи социальных факторов и качества жизни пациентов, обращающихся в клинику эстетической стоматологии.

## Материалы и методы исследования

Настоящее исследование проводилось на базе Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова Росздрава. В исследовании приняло участие 193 человек в возрасте от 21 до 50 лет, средний возраст  $37,2 \pm 7,6$  лет. Среди пациентов было 79 мужчин и 114 женщин. Все исследованные проживали в Москве или Подмосковье и давали письменное согласие на участие в исследовании. Все пациенты обращались в связи с наличием эстетических дефектов полости рта. При этом полость рта была санирована, гигиена полости рта была удовлетворительной, речевая и жевательная функция не нарушены. Пациенты не имели съемных ортопедических конструкций.

На основании разработанной анкеты определяли социальный статус пациентов. Большинство пациентов (171 человек) были людьми с высшим образованием. Только 1 пациент имел только среднее образование, 7 – среднее специальное, 13 – незаконченное высшее. По роду занятий большинство пациентов являлись сотрудниками коммерческих организаций (84 человек) и творческими работниками (59 человек). Рабочие специальности были у 8 человек, в бюджетной сфере трудились 27 человек, военнослужащих было 6 человек, домохозяйки – 6. Большинство пациентов имели трудовую занятость 40 и более часов в день (139 человек). 38 опрошенных работали 30-40 часов в день, 7 – менее 30, 6 имели случайные заработки. Обычно пациенты считали себя людьми со средним уровнем



\*  $p < 0,05$  — отличия от группы лиц 41–50 лет

**Рис. 1. Зависимость качества жизни от возраста и пола пациентов**

дохода. Этот вариант ответа выбрали 126 опрошенных. 26 считали свой доход низким, 38 — высоким. 115 человек проживают в отдельных квартирах, 5 — в коммунальных, 17 — на съемных, 1 — в общежитии, 45 — в отдельных домах. Не имеют своего постоянного жилья 9 человек. 133 пациента женаты или замужем, 36 — холосты, 17 — разведены, 3 являются вдовцами. 118 пациентов считают себя практически здоровыми, 72 — не считают себя таковыми. При этом заболевания желудочно-кишечного тракта наблюдаются у 80 пациентов, эндокринной системы — 51, сердечно-сосудистой — 30, бронхо-легочной — 13, костно-мышечной — 12, кровеносной — 11, нервной — 6, а аллергия отмечается у 34 человек.

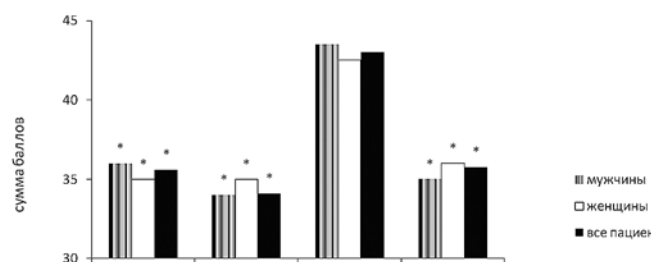
Качество жизни оценивали с помощью русскоязычной версии опросника ОНП-14 [6].

Для статистической обработки результатов исследования применяли факторный анализ, методы сравнительной статистики.

### Результаты исследования и их обсуждение

С точки зрения врача-стоматолога, всех пациентов следовало трактовать как здоровых, т.к. у них была санирована полость рта, наблюдалась ее удовлетворительная гигиена, не было нарушений речевой и жевательной функции. Лишь ряд пациентов нуждался в профилактическом лечении — покрытии зубов фторлаком. Однако пациенты по-разному воспринимали свое состояние. Факторный анализ показал, что социальные факторы оказывают значимое влияние на качество жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением. Наиболее значимыми социальными факторами, влияющими на качество жизни, являются: возраст, семейное положение, субъективная оценка своего состояния здоровья. При этом пол, место проживания, образование, уровень доходов, трудовая занятость, жилищные условия, уровень доходов, свободное времяпровождение, наличие различных заболеваний, наличие вредных привычек (употребление алкоголя, курение) не оказывают значимого влияния на качество жизни.

Наиболее демонстративно влияние возраста на качество жизни (рис. 1), измеренное как сумма баллов при ответах на вопросы опросника ОНП-14. У лиц в возрасте 21–30 лет и 31–40 лет отмечается в целом сходное качество жизни. Однако лица в возрасте 41–50 лет имеют существенно худшее качество жизни, что выражается в увеличении числа суммы баллов, набранных при ответах на вопросы опросника ОНП-14. Интересно, что сходные изменения наблюдаются как у мужчин, так и у женщин. При этом качество жизни лиц старшей из обследованных



\*  $p < 0,05$  — отличия от разведенных пациентов

**Рис. 2. Зависимость качества жизни от семейного положения и пола пациентов**

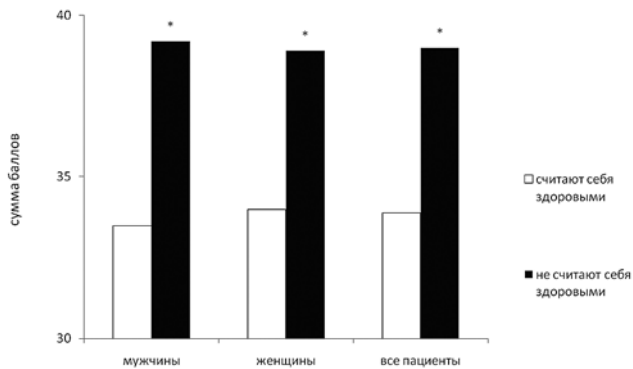
возрастных категорий является наихудшим, чем и в целом у всех обследованных пациентов.

Отметим, что ранее для пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом [6] и нуждающихся в ортопедическом лечении было показано влияние возраста и пола на качество жизни, измеренное с помощью опросника ОНП-14. Вывод о том, что качество жизни ухудшается с возрастом в целом соответствует результатам других данных. Отсутствие гендерных различий в качестве жизни, полученное в нашем исследовании, можно было бы объяснить тем, что в других работах изучались иные виды стоматологической патологии. Вероятно, вид стоматологической патологии определяет те социальные факторы, которые потенциально могут влиять на качество жизни.

Следующим социальным фактором, оказывающим влияние на качество жизни, является семейное положение. Лица, находящиеся в состоянии развода, имеют более низкое качество жизни, чем все остальные (рис. 2). При этом пол и возраст не оказывают влияния на качество жизни, связанное с семейным положением. Результат, что семейное положение может оказывать влияние на качество жизни при некоторых видах стоматологической патологии в целом согласуется с данными других авторов [6]. Однако же нам не удалось найти исследований, в которых бы изучалась связь качества жизни пациентов с их семейным статусом при условии наличия эстетической стоматологической патологии. Нельзя исключить, что сам факт развода приводит к изменению оценки пациента своего качества жизни, однако это предположение нуждается в дальнейшей проверке.

Имеющаяся тенденция к более высокому качеству жизни у холостых пациентов по сравнению с имеющими супругов, однако не подтверждается статистически. В ряде случаев у вдовцов наблюдается более низкое качество жизни, чем у женатых (замужних) и холостых пациентов. Отчасти это можно объяснить тем, что в группе вдовцов представлены лица более старших возрастных категорий. Так, ни один вдовец (вдова) не относился к категории лиц в возрасте 21–30 лет. Между тем, общее качество жизни, определяемое как сумма баллов по опроснику ОНП-14, у вдовцов не отличается от такового у женатых (замужних) или холостых пациентов. При этом сумма баллов характеризует более высокое качество жизни у вдовцов, чем у разведенных лиц.

В ходе анкетирования мы предлагали пациентам самостоятельно оценить состояние собственного здоровья — есть или нет проблем с ним. Выяснилось, что это — третий социальный фактор, взаимосвязанный с качеством жизни лиц, обращающихся за эстетическим стоматологиче-



\*  $p < 0,05$  – отличия от пациентов, считающих себя здоровыми

**Рис. 3. Зависимость качества жизни от восприятия собственного состояния здоровья и пола пациентов**

ским лечением. Лица, считающие себя практически здоровыми, имели в 1,2 раза более высокий уровень качества жизни, чем те, кто себя не считал себя здоровыми (рис. 3). Следует отметить, что у большинства пациентов, считающих себя здоровыми, при детальном опросе выявлялись те или иные заболевания, обычно носившие хронический характер, чаще всего – аллергия. Однако данные лица не рассматривали это как проблему, существенно влияющую на их общее состояние. При этом часть пациентов, считающих себя практически здоровыми, в течение прошедшего года получали лечение по поводу своего заболевания. Однако отсутствие обострений они рассматривали как своеобразное состояние здоровья. Также заметим, что в литературе, посвященной вопросам качества жизни, нам не удалось найти работы, посвященные взаимосвязи качества жизни пациентов с их восприятием собственного состояния здоровья.

Таким образом, качество жизни пациентов, обращающихся за эстетическим стоматологическим лечением, зависит и от социальных факторов. Нами было показано, что возраст, семейное положение и восприятие собственного состояния здоровья являются ключевыми факторами, определяющими качество жизни.

## Выводы

1. Пол, место проживания, образование, уровень доходов, трудовая занятость, жилищные условия, уровень доходов, свободное времяпровождение, наличие различных заболеваний, наличие вредных привычек (употребление алкоголя, курение) не оказывают значимого влияния на качество жизни

2. У лиц 41–50 лет в 1,2 раза качество жизни хуже, чем у лиц в возрасте 21–30 лет и 31–40 лет.

3. Разведенные пациенты имеют более низкое качество жизни, чем лица с любым другим семейным статусом

4. Качество жизни лиц, не считающих себя здоровыми, в 1,2 раз хуже, чем у лиц, которые думают, что они практически здоровы.

## Литература

1. Bhuridej P., Damiano P.C., Kuthy R.A., Flach S.D., Kanellis M.J., Heller K.E., Dawson D.V. Natural history of treatment outcomes of permanent first molars: a study of sealant effectiveness. - J Am Dent Assoc., 2005. Sep. V. 136 N. 9. P. 1265-1272.
2. Gelbier S. 125 years of developments in dentistry, 1880-2005. Part 4: clinical dentistry. -Br Dent J., 2005. Nov. V. 199. N.9. P.615–620.
3. Fakhruddin K.S., Lawrence H.P., Kenny D.J., Locker D. Impact of treated and untreated dental injuries on the quality of life of Ontario school children.- Dent Traumatol., 2008. Jun. V. 24. N. 3. P.309–313
4. Berg R., Berkey D.B., Tang J.M., Baine C., Altman D.S. Oral health status of older adults in Arizona: results from the Arizona Elder Study.- Spec Care Dentist., 2000. Nov-Dec. V. 20. N. 6. P. 226–233
5. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: “Элби”, 1999. – 140 с.
6. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г. Валидация русскоязычной версии опросника ОНП у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести. – Стоматология, 2007. № 5. С. 27–30