

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Пешков М.В., Гуревич К.Г., 2016

УДК 616.31 – 092.11

**СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И КАЧЕСТВО
ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ
ЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

М.В. Пешков¹, К.Г. Гуревич²

ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1», г. Рязань (1)
ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, г. Москва (2)

Социальные факторы, так же как и здоровье оказывают прямое влияние на показатель уровня качества жизни людей. Поскольку эффективность работы медицинской службы отражается на качестве жизни пациентов, то врачам необходимо учитывать и социальные факторы в своей работе. Оценка качества жизни в стоматологии основана на заполнении специальных опросников. Наиболее приемлемым и часто используемым является опросник ОНП-14. В литературе встречаются единичные исследования, посвященные изучению качества жизни пациентов стоматологического хирургического профиля и их социальная характеристика, а в нашей стране они полностью отсутствуют.

Ключевые слова: качество жизни, опросник ОНП-14, стоматологическое хирургическое лечение.

По оценке ВОЗ почти все взрослое население подвержено тем или иным заболеваниям, связанным с полостью рта. Благополучие человека – это гуманная и благородная задача, реализация которой является конечной целью активности всех институтов общества. Влияние заболевания и лечения на благополучие пациента отражает понятие качество жизни. В настоящее время изучение качества жизни людей стало важной составляющей медицинских исследований. Общество постоянно меняется и, вместе с этим, меняется наше отношение к здоровью и здравоохранению в частности. С одной стороны, в основе этого изменения лежит осознание социальных последствий болезни, а с другой стороны осознание того, что медицинские вмешательства направлены на увеличение продолжительности и качества жизни человека. По этой причине качество и эффективность работы медицинских организаций зачастую оцениваются по их влиянию на качество жизни пациентов. Оценка качест-

ва жизни в стоматологии основана на заполнении пациентом специальных анкет [2, 3, 4, 5]. Обычно вопросы касаются того, как проблемы во рту сказываются на физическом самочувствии пациента, его способности полноценно питаться, общаться с другими людьми, выполнять социальные функции. Наиболее часто используемым опросником качества жизни в стоматологии является ОНП-14. Он был разработан G.D. Slade (1997) [7], а его русскоязычная версия апробирована в исследовании Г.М. Барера и соавт. (2007) [1]. Все вопросы анкеты условно можно разделить на три домена – проблемы при приеме пищи, проблемы при общении, проблемы в повседневной жизни. Его удобство заключается в том, что он содержит всего 14 вопросов, при этом получаемые результаты воспроизводимы. В настоящее время имеются единичные исследования, посвященные качеству жизни пациентов, обращающихся для стоматологического хирургического лечения. В нашей стране подобные иссле-

дования не проводились. Это обусловило актуальность настоящей работы.

Целью настоящего исследования явилось повышение качества жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью.

В процессе работы нами последовательно были решены следующие задачи:

1. Изучить качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью.

2. Исследовать методом анкетирования влияние социальных факторов на качество жизни.

3. Изучить влияние различной стоматологической хирургической патологии на качество жизни.

4. Сопоставить качество жизни пациентов до и после стоматологического хирургического лечения.

5. Выявить факторы, влияющие на изменение качества жизни после проведенного стоматологического хирургического лечения.

Материалы и методы

В исследовании участвовали 271 человек в возрасте от 18 до 69 лет, средний возраст 46 лет. Среди пациентов было 174 женщины и 97 мужчин.

Чтобы отобрать данную группу пациентов нами был проведен первичный скрининг 400 человек, которые до начала исследования подписывали информированное добровольное согласие на участие в исследовании и отвечали критериям включения/исключения. Критерии включения в исследование: возраст 18-69 лет; постоянное проживание в Рязани или Рязанской области; удовлетворительная гигиена рта; наличие стоматологической хирургической патологии, требующей лечения; способность свободно читать и заполнять анкеты; у женщин – отсутствие беременности; добровольное согласие на участие в исследовании. Критерии исключения: нарушение функций рта; неудовлетворительная гигиена рта; нуждаемость в стационарной стоматологической хирургической помощи; трудности с чтением и заполнением анкет; отсутствие письменного информированного добровольного согласия

на участие в исследовании; возраст старше 70 лет; лица, находящиеся под действием алкоголя или наркотиков; пациенты, не способные обслуживать себя самостоятельно; наличие болезней слизистой оболочки рта; наличие системных заболеваний в состоянии декомпенсации, приводящих к ухудшению общего состояния здоровья; отказ от участия в исследовании.

После того, как был проведен первичный скрининг пациентов и были отобраны лица для участия в исследовании, письменно выразившие на это свое добровольное согласие, обследование и лечение всех пациентов проводилось по следующему плану:

1-ый визит. Скрининг. Оценка стоматологического статуса. Оценка социального статуса. Оценка качества жизни. Оценка комплаентности. Разработка плана лечения и его согласование с пациентом. Оказание неотложной помощи, при её необходимости.

2-ой и последующие визиты. Проведение лечения в необходимом объеме.

Повторный (контрольный) визит назначался через 2-3 месяца после окончания лечения. Во время этого визита оценивали стоматологический статус пациента и его качество жизни. При простых манипуляциях, например, удаление зуба, второе заполнение анкеты проводилось через 1,5-2 месяца.

Оценку клинического статуса начинали со сбора анамнеза. Регистрировали жалобы пациента, данные осмотра. Проводили внешний осмотр, пальпацию регионарных лимфатических узлов. Оценивали состояние слизистой оболочки преддверия и собственно рта: определяли цвет, степень увлажненности, наличие морфологических элементов поражения, характер слюны. При осмотре рта оценивали состояние коронковой части зуба и корня и потребности в их лечении или удалении, наличие ограничения открывания рта, наличие болевого симптома, припухлости лица, абсцесса десны и его локализацию.

При необходимости результаты осмотра уточняли параклиническими методами исследованиями – рентгенография, компьютерная томография. На основании полученных данных разрабатывали инди-

видуальный план лечения. Лечение предполагало снятие острых воспалительных явлений и боли, удаление разрушенных зубов и корней, подготовку перед протезированием или ортодонтическим лечением.

Все данные заносили в специализированную формализованную стоматологическую карту, составленную на основе рекомендаций Всемирной организации здравоохранения.

В таблице 1 представлено распределение пациентов в зависимости от установленного диагноза. При этом указан код в соответствии с МКБ-10: хронический апикальный периодонтит (K04.5), периапикальный абсцесс без полости (K04.7), острый пародонтит (K05.20), ретенированные зубы (K01.0), хронический пародонтит (K05.30), перикоронит (K05.22), периостит челюсти (K10.22).

Таблица 1

Распределение пациентов в зависимости от установленного диагноза

Диагноз МКБ-10	Возраст, лет										Всего
	18-29		30-39		40-49		50-59		60-69		
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	
Хронический апикальный периодонтит	2	4	5	8	6	10	9	22	7	18	91
Периапикальный абсцесс без полости	10	2	7	11	6	6	7	16	3	12	80
Острый пародонтит	-	-	-	-	1	1	1	6	2	6	17
Ретенированные зубы	1	7	2	2	1	-	1	-	-	1	15
Хронический пародонтит	-	-	-	-	1	-	6	6	1	9	23
Перикоронит	4	4	-	4	-	1	-	-	-	-	13
Периостит челюсти	1	2	1	1	4	1	4	2	2	1	19
Другие	-	1	-	2	-	4	1	1	1	3	13

В группу других включены нозологические формы, встречавшиеся в единичных случаях (незаконченная экстракция зуба, травма зуба, перелом нижней челюсти, доброкачественные новообразования, корневая киста, альвеолит челюсти, экзостоз челюсти, мукоцеле слюнной железы, болезни языка). Наиболее часто к врачу-стоматологу-хирургу обращаются с проблемами зубов, а так же осложнениями вследствие запущенности случаев, реже обращаются из-за болезней слизистой оболочки рта и прочих заболеваний. При нашем исследовании основными причинами обращения являлись осложнения кариеса – острая и хроническая формы периодонтита зубов, проблемы связанные с воспалением пародонта, гнойные воспалительные заболевания челюстей – периостит челюсти, перикоронит.

С помощью статистических методов сравнивали качество жизни пациентов до и после лечения в зависимости от клинической картины заболевания, социальных факторов.

Результаты и их обсуждение

Социальную характеристику пациентов оценивали на этапе включения. Оценка проводилась на основании специальной анкеты. Большая часть пациентов (112 человек, 41,3%) были людьми со средне-профессиональным образованием, 75 человек (27,7 %) с высшим образованием, 61 человек (22,5 %) со средним образованием, у 23 человек (8,4%) незаконченное высшее образование. По роду занятий 26,6 % пациентов (72 человека) являлись рабочими, почти столько же – 28,4 % (77 человек) были пенсионерами, 46 человек (16,9%) – работники бюджетных

организаций, 10,3% – сотрудники коммерческих организаций (28 человек), 6,3% – инженерно-технические работники (17 человек), 4,8% – безработные (13 человек), 2,2% – домохозяйки (6 человек), 1,6% – творческие работники (4 человека), 2,2% – студенты (6 человек) и 1 пациент (0,3%) являлся военнослужащим. Треть пациентов не работали (93 человека, 34,3%), 61 из опрошенных имели трудовую занятость 40 и более часов в неделю (22,5%), 73 (26,9%) человека работали 30-40 часов в неделю, 35 (12,9%) – менее 30, а 9 (3,3%) имели случайные заработки. Более половины (147 человек, 54,2%) считают себя людьми со средним уровнем дохода, 86 (31,7%) считали свой доход низким, 26 человек (9,5%) крайне низким, 12 (4,4%) – выше среднего.

В результате исследования выявлен ряд социальных факторов, влияющих на качество жизни пациентов со стоматологическими хирургическими проблемами. Результаты исследования выявили наихудшее качество жизни у лиц старшей возрастной категории: в возрасте 60-69 лет они имеют почти в 1,5 раза худшие показатели качества жизни, чем 18-29 летние. В основном это происходит за счет показателей в ответах по поводу приема пищи и общения. Влияние пола на качество жизни до начала лечения нами не выявлено.

Мы показали, что семейный статус пациента также влияет на общий показатель качества жизни до лечения. Женатые (замужние) пациенты имеют худшее качество жизни в сравнении с холостыми (не замужними), но лучшее по сравнению с разведенными пациентами и вдовцами

(вдовами). В ходе анализа анкет пациентов мы выявили влияние собственной оценки здоровья на качество жизни. Те пациенты, которые считают себя здоровыми, имеют более высокое качество жизни в отличие от пациентов с противоположным мнением.

В определенной степени качество жизни зависит от уровня доходов: пациенты с более высоким уровнем доходов имеют более высокий уровень качества жизни. Мы доказали, что качество жизни людей пенсионного возраста, которые обращаются за стоматологической хирургической помощью хуже, чем у работников коммерческих и бюджетных организаций, студентов.

Часть нашего исследования мы проводили во время выездной работы за пределами города, поэтому встал вопрос о влиянии места проживания на качество жизни при наличии хирургических проблем во рту. Мы не обнаружили различий в качестве жизни у людей, проживающих в сельской местности и горожан при обращении к врачу-стоматологу-хирургу.

Анкетирование пациентов выявило положительное влияние хирургического лечения на качество жизни, о чем свидетельствовало изменение структуры ответов на анкету ОНП-14, а именно увеличение ответов «никогда» с 46,16% до 51,1%, увеличение ответов «почти никогда» в 2 раза, почти не применялся ответ «очень часто» (табл. 2). Сумма баллов анкеты уменьшилась в среднем на 25%.

Анализ влияния клинической картины на качество жизни пациентов выявил, что во всех группах пациентов качество жизни после проведенного лечения улучшалось.

Таблица 2

Результаты анкетирования больных на вопрос о положительном влиянии хирургического лечения на качество жизни

Вопрос	очень часто	редко	обычно	почти никогда	никогда
Итог; (%) до лечения	410 (10.8%)	891 (23.5%)	206 (5.43%)	535 (14.1%)	1751 (46.16%)
Итог; (%) после лечения	28 (0.8%)	446 (13.1%)	140 (4.1%)	1045 (30.8%)	1732 (51.1%)

В наибольшей степени качество жизни после проведенного лечения улучшилось у

пациентов старшей возрастной группы 60-69 лет. Однако, качество жизни молодых паци-

ентов 18-29 лет после лечения остается выше остальных возрастных групп.

Показатель уровня доходов так же оказал влияние на качество жизни после проведенного стоматологического хирургического лечения. Так, у пациентов с уровнем доходов выше среднего качество жизни выше, чем у пациентов с низким уровнем доходов. Однако, у последних качество жизни улучшилось в большей степени (с $34,27 \pm 1,52$ до $26,2 \pm 1,19$, а у пациентов с доходом выше среднего с $24,42 \pm 3,37$ до $18,83 \pm 1,84$).

При сравнении уровня качества жизни мужчин и женщин до лечения не было обнаружено статистически значимых отличий, но после лечения данный социальный фактор проявился. Оказалось, что после лечения у мужчин качество жизни выше. Отличия составляли ответы на вопросы с 1 по 9, т.е. это проблемы связанные с приёмом пищи, общением.

Влияние семейного статуса на качество жизни пациентов также имело место и после лечения. А именно, качество жизни женатых пациентов оставалось выше ($24,47 \pm 0,78$), чем у разведенных ($28,9 \pm 1,08$) и вдовцов (вдов) ($29,44 \pm 2,0$). Качество жизни после лечения у холостых (не замужних) пациентов оставалось выше, чем у разведенных пациентов.

Результаты анкетирования пациентов в зависимости от субъективного восприятия собственного здоровья после лечения остались схожими с изначальными. У тех пациентов, которые считают себя здоровыми, уровень качества жизни после лечения оставался выше ($22,86 \pm 0,97$), чем у считающих себя не здоровыми ($27,04 \pm 0,84$).

Мы сравнили уровень качества жизни после лечения пациентов проживающих в общежитии и в отдельной квартире. Оказалось, что у пациентов, проживающих в общежитии качество жизни после лечения выше, чем у проживающих в отдельной квартире ($19,0 \pm 2,9$ и $26,4 \pm 0,81$ соответственно). Такие данные можно объяснить тем, что, возможно у пациентов, проживающих в общежитии, имеются

более важные проблемы, которые приходится решать, поэтому стоматологические проблемы отходят на второй план. Но у тех, кто живет в отдельной квартире показатель качества жизни улучшился в большей степени (с $34,69 \pm 1,1$ до $26,4 \pm 0,81$) по сравнению с живущими в общежитии (с $23,3 \pm 3,19$ до $19,0 \pm 2,9$).

Еще одним социальным фактором, оказавшим влияние на качество жизни пациентов, стал род занятий. После лечения качество жизни пенсионеров улучшилось сильнее (с $37,31 \pm 1,68$ до $28,2 \pm 1,25$), чем у сотрудников коммерческих организаций (с $28,75 \pm 2,32$ до $22,68 \pm 1,67$), хотя и оставалось на меньшем уровне. Сумма баллов опросника ОНП-14 у студентов и учащихся после лечения также была выше, чем у пенсионеров ($18,2 \pm 3,46$ и $28,2 \pm 1,25$ соответственно). Это косвенно подтверждает ранее описанные данные о более высоком уровне качества жизни молодых пациентов в сравнении с пожилыми как до, так и после лечения, хотя эти группы между собой мы не сравнивали одновременно. После лечения зависимости качества жизни пациентов от вредных привычек, количества рабочих часов в неделю, наличия сопутствующих заболеваний, проживания в сельской местности или в городе нами не было выявлено.

Выводы

1. На качество жизни пациентов, обращающихся за стоматологической хирургической помощью, до начала лечения оказывают влияние такие факторы, как: возраст, семейный статус, собственная оценка здоровья, уровень доходов, род занятий. Лица возрастной категории 60-69 лет имеют в 1,5 раза худшие показатели качества жизни, чем 18-29 летние. Женатые (замужние) пациенты имеют худшее качество жизни в сравнении с холостыми (не замужними), но лучшее по сравнению с разведенными пациентами и вдовцами (вдовами). Пациенты, которые считают себя здоровыми, имеют более высокое качество жизни в отличие от пациентов с противоположным мнением. Качество

жизни зависит от уровня доходов: пациенты с более высоким уровнем доходов имеют более высокий уровень качества жизни. Качество жизни пенсионеров хуже, чем у работников коммерческих и бюджетных организаций, студентов.

2. Пациенты, обращающиеся за стоматологической хирургической помощью имеют среднее качество жизни, которое составляет 32,8 баллов.

3. Стоматологическое хирургическое лечение способствует улучшению качества жизни через 1,5-2 месяца в среднем на 25%. В большей степени качество жизни после проведенного лечения улучшается у пациентов старшей возрастной группы 60-69 лет и у мужчин. На качество жизни после лечения также оказывают влияние следующие факторы: возраст, пол, уровень доходов, семейный статус, собственная оценка здоровья, место проживания, социальный статус.

Литература

1. Барер Г.М., Гуревич К.Г., Смирнягина В.В., Фабрикант Е.Г. Валидация русскоязычной версии опросника ОНIP у пациентов с диагнозом хронический генерализованный пародонтит средней степени тяжести // Стоматология. – 2007. – № 5. – С. 27-30.
2. Вашурин И.В., Вагнер В.Д., Гуревич К.Г. Качество жизни пациентов с сердечной недостаточностью, нуждающихся в стоматологическом ортопедическом лечении // Институт стоматологии. – 2011. – №1. – С. 66-67.
3. Веденева Е.В. Качество жизни пациентов, обращающихся за эстетической стоматологической помощью: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2010. – 22 с.
4. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. // Сборник научных работ науч.-практ. конф. "Здоровье. Качество жизни в стоматологии. Зубной протез и здоровье". – М., 2004. – 168 с.
5. Леонтьев В.К. Здоровые зубы и качество жизни // Стоматология для всех. – 1999. – №2/3. – С. 30-34.
6. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
7. Slade G.D., Spenser A.J., Locker D., Hunt R.J., Strauss R.P., Beck J.D. Variations in the social impact of oral conditions among older adults in South Australia, Ontario and North Carolina // J. of Dental Research. – 1996. – Vol. 75. – P. 1439-1450.

SOCIAL CHARACTERISTICS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS SEEKING SURGICAL CARE DENTAL

M.V. Peshkov, K.G. Gurevich

Social factors, as well as health have a direct impact on the indicator of quality of life. Since the efficiency of the medical service affects the quality of life of patients, the physician must take into account social factors in their work. Quality of life in dentistry based on filling special questionnaires. The most acceptable and commonly used is the OHIP-14 questionnaire. In the literature there are few studies devoted to the study of quality of life of patients dental surgical and social characteristics, and in our country is completely absent.

Keywords: *quality of life, OHIP-14 questionnaire, dental surgery.*

Пешков М.В. – зав. терапевтическим отделением в ГБУ РО «Стоматологическая поликлиника №1».

E-mail: Pm1984@yandex.ru

Гуревич К.Г. – д.м.н., проф., зав. кафедрой ЮНЕСКО "Здоровый образ жизни – залог успешного развития" Московского государственного медико-стоматологического университета.

E-mail: kgurevich@mail.ru