

Гафаров Х.О.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кафедра челюстно-лицевой хирургии с детской стоматологией ТИППМК

Ключевые слова: качество жизни, общий показатель качества жизни, физическое функционирование, социальный статус, эмоциональный статус, состояние общего благополучия, гнилостно-некротическая флегмона, послеоперационный период, специфическая антибактериальная терапия.

Актуальность

Оценка качества жизни (КЖ) является современной методикой, позволяющей проводить сравнительный анализ результатов различных видов проводимого лечения. Традиционно медико-биологические параметры часто являются основными критериями эффективности лечения. Однако эти объективные критерии не характеризуют самочувствие больного и его качество жизни в раннем послеоперационном периоде, которые могут значительно отличаться у больных после оперативных вмешательств с сопоставимой частотой летальности и послеоперационных осложнений [3, 5]. Это относится и к больным с патологиями челюстно-лицевой области.

Качество жизни - это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективной восприимчивости. Современная концепция КЖ позволяет вернуться к одному из основополагающих принципов медицины "лечить не болезнь, а больного" [10]. В современной медицине появилось понятие "качество жизни, связанное со здоровьем" (health-related quality of life) [5, 9].

Следует отметить, что качество жизни, связанное со здоровьем, во всех современных исследованиях рассматривается на протяжении достаточно большого промежутка жизни больного. При этом параметры оцениваются до начала лечения или до хирургического вмешательства (например, в онкологии) и после вмешательства или на фоне длительного, а зачастую постоянного лечения вплоть до конца жизни пациента (например, в ревматологии). В то же время такому понятию, как ближайшее качество жизни, показывающему какие изменения происходят в организме пациента в зависимости от выбранного метода

лечения, в том числе в раннем послеоперационном периоде, внимание практически не уделяется. Тем не менее, основное количество осложнений, в том числе и приводящих к смерти больного, происходят именно в этом промежутке времени.

Как известно, гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига) относятся к числу наиболее тяжелых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи, представляющих реальную опасность для жизни больного. Характеризуются эти флегмоны молниеносным течением, тяжелой интоксикацией организма и значительной выраженностью местных симптомов, дыхательной недостаточностью, дисфагией и дисфонией [1, 2, 8]. Прогноз при гнилостно-некротических флегмонах дна полости рта очень серьезен и во многом зависит от своевременного начала терапии. До недавнего времени смертность от этого заболевания доходила до 40% [1, 8].

Анализ литературных источников последних лет свидетельствует об отсутствии сведений по оценке качества жизни у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, что и определяет актуальность проводимого исследования.

Цель исследования

Изучить показатели качества жизни больных гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта в послеоперационном периоде.

Материал и методы исследования

Работа основана на результатах лечения 12 больных, поступивших в Центр взрослой челюстно-лицевой хирургии НМЦ РТ за период 2010-2012г.г. с гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта. Мужчин было 7 (58,3%), женщин - 5 (41,7%). Возраст больных варьировал от 18 до 76 лет. Абсолютно у всех больных воспалительный процесс был одонтогенного происхождения, и во

всех случаях процесс локализовался с двух сторон. В 5 (41,7%) случаях гнилостно-некротический процесс охватывал и переднюю поверхность шеи, в 2 (16,7%) - щечную и околушно-жевательную области.

Всем больным в экстренном порядке проводились оперативные вмешательства, которые заключались в широком раскрытии пораженных клетчаточных пространств, адекватном их дренировании, в том числе дилатационными устройствами, и иссечении некротизированных тканей [4, 8]. Как наиболее рациональный, проводился так называемый воротниковый разрез и поперечные разрезы передней поверхности шеи и грудной клетки, если процесс был распространенным.

В зависимости от медикаментозной терапии, проводимой в послеоперационном периоде, больные разделены на 2 группы. Основную группу (4 пациентов - 33,3%) составили больные, которым кроме традиционной терапии проводились специфическая антибактериальная (применение поливалентной противогангренозной сыворотки) и иммуномодулирующая терапии. Контрольной группе (8 пациентов - 66,7%) проводились традиционные интенсивная антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая, антикоагуляционная, стимулирующая и анальгезирующая терапии.

В проводимом исследовании КЖ больных гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта изучено с использованием опросника для измерения КЖ хирургических больных в раннем послеоперационном периоде, разработанного в НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова МЗ РФ [3]. Опросник определяет физическое функционирование, социальный статус, эмоциональный фон и состояние общего благополучия. Состоит опросник из 22 пунктов и содержит 4 шкалы, включающие 12 субшкал. Показатели опросника измеряются в баллах в интервале от 1 до 6. При этом более высокие значения соответствуют менее выраженным симптомам и более высокому КЖ.

Оценка КЖ проводилась в 7 контрольных точках: 1-ая - день операции, после окончания действия наркоза, 2-ая - первые сутки после операции, 3-я - третьи, 4-ая - пятые, 5-ая - восьмые, 6-ая - пятнадцатые и 7-ая - тридцатые сутки после операции. Контрольные точки выбраны для динамического наблюдения за изменениями параметров качества жизни пациентов на протяжении раннего послеоперационного периода.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов показал, что КЖ больных гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта в послеоперационном периоде зависит от многих факторов, к которым относятся: возраст, пол, распространенность воспалительного процесса, степень интоксикации, наличие сопутствующих заболеваний и метод проводимого лечения.

Так, у пациентов молодого возраста показатели КЖ во всех контрольных точках были более высокими, что свидетельствовало об их лучшей социальной адаптации. У больных среднего и пожилого возрастов показатели были ниже, что свидетельствовало о неуверенности в себе, связанной с более высокой зависимостью от окружающих. Показатели КЖ у женщин всегда были ниже, чем у мужчин. Женщины более озабочены своим самочувствием, семейными проблемами, внешним видом, болезненным проявлением недуга, они более эмоциональны [7].

Ранний послеоперационный период в обеих группах протекал с тягостной клинической симптоматикой: нарушениями внешнего дыхания различной степени - у 10 (83,3%) больных, нарушением речи - у 8 (66,7%), в том числе афазией - у 2 (16,7%), ограничением открывания рта и нарушением глотания абсолютно у всех больных, в том числе невозможностью глотания - у 7 (58,3%), болевым синдромом - у 8 (66,7%) и выраженной интоксикацией, которые значительно снижали показатели физического функционирования (ФФ) и эмоционального состояния (ЭС).

В результате интенсивной медикаментозной терапии по разным методикам уже на 2-е сутки после операции в основной группе общий показатель качества жизни (ОКЗ) повышался с 42 до 63 баллов (на 21 балла), а в контрольной группе - с 51 до 59 баллов (на 8 балла). На 8-е сутки показатели ОКЖ по группам повысились до 86 баллов (на 44 балла) и до 74 баллов (на 23 балла) соответственно. На 30-е сутки после операции показатель ОКЖ в основной группе составил 95 баллов (повышение на 53 балла) - почти как у здорового человека, а в контрольной группе - 81 балл (повышение на 30 балла) (рис. 1).

В дальнейшем мы рассмотрели, с какими показателями качества жизни по шкалам опросника была связана подобная динамика изменения уровня ОКЗ в исследуемых группах.

Уровень ФФ у больных обеих групп в первые дни после операции был достаточно низким (14 и 15 баллов соответственно, из 36) за счет общего тяжелого состояния и связанных с этим трудностями в выполнении любой

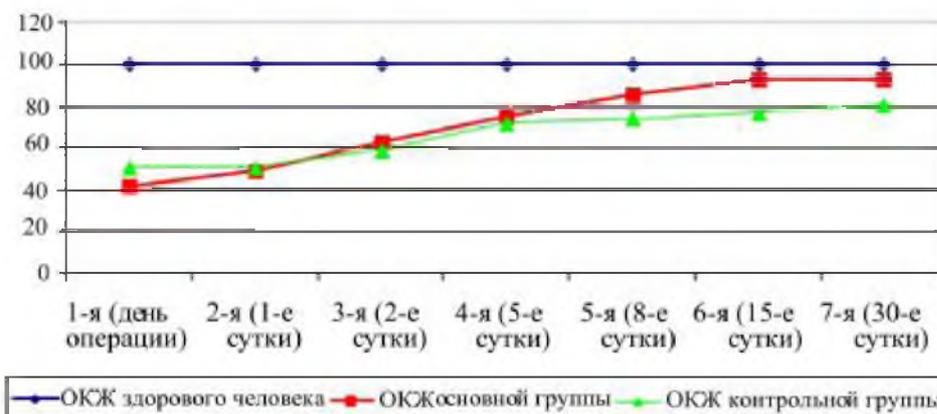


Рис. 1. Динамика показателей общего качества жизни (ОКЖ) больных гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области (в баллах) в зависимости от метода лечения в раннем послеоперационном периоде

физической работы, уходе за собой. В процессе интенсивной терапии отмечается нарастание показателя ФФ за счет того, что в связи с уменьшением интоксикации и выраженности симптомов заболевания пациенты перестают чувствовать себя больными, оказываются способными выполнять легкую и более тяжелую физическую работу, перестают

испытывать недостаток сил и энергии. Изначально более низкий показатель ФФ в основной группе, уверенно повышаясь, уже на 15-е сутки достиг 36 баллов - уровня ФФ здорового человека (повышение на 22 балла). В контрольной группе даже на 30-е сутки после операции показатель ФФ достиг лишь 32 баллов (повышение на 17 балла) (рис. 2).

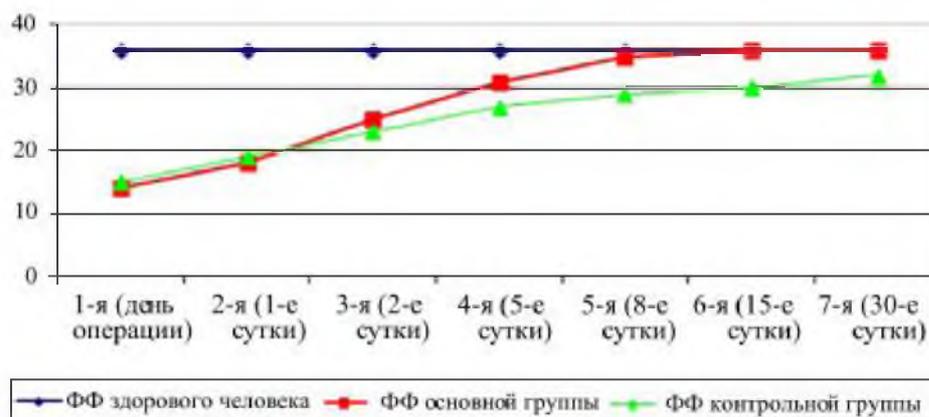


Рис. 2. Динамика показателей физического функционирования (ФФ) больных гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области (в баллах) в зависимости от метода лечения в раннем послеоперационном периоде

Исходные уровни социального статуса (СС) в рассматриваемых группах в первые дни после операции не отличались друг от друга, однако на 2-е сутки резко повышались у больных основной группы (рис. 3). Несмотря на особое внимание и чуткий уход медицинского персонала и родственников за больными, они были замкнутыми, малообщительными, старались не обращаться, если в этом не было особой нужды. Возможно, это было связано с невняtnостью речи и неприятным запахом изо рта.

Показатели ЭС исходно были снижены и составили 15 баллов в основной группе и 17 в контрольной. Эти данные показывают вы-

раженную симптоматику гнилостно-некротического процесса указанной локализации, что приводит одних больных к возбуждению, депрессии от страха смерти, а других - к подавленности, полной погруженности в свое заболевание. Несмотря на проведение интенсивной медикаментозной терапии, больные довольно длительное время были эмоционально нестабильны. На 15-е сутки после операции показатель ЭС основной группы достиг 30 баллов, т.е. уровня здорового человека (повышение на 15 балла), в то время как показатель ЭС контрольной группы на этот период составил лишь 24 балла (повышение на 7 балла) (рис. 4). Постепенно ды-

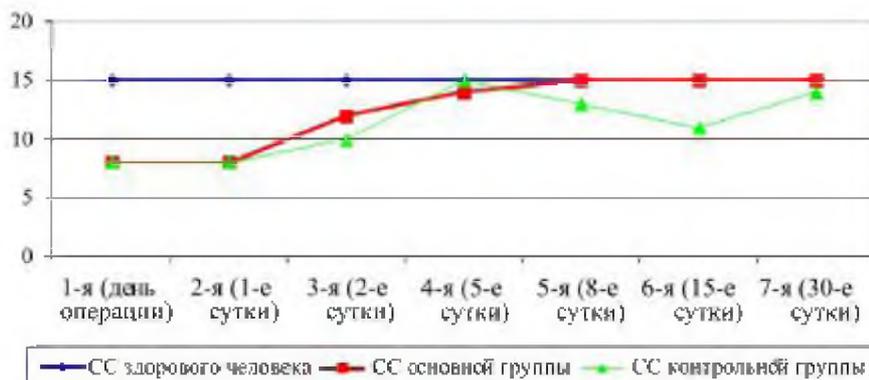


Рис. 3. Динамика показателей социального статуса (СС) больных гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области (в баллах) в зависимости от метода лечения в раннем послеоперационном периоде

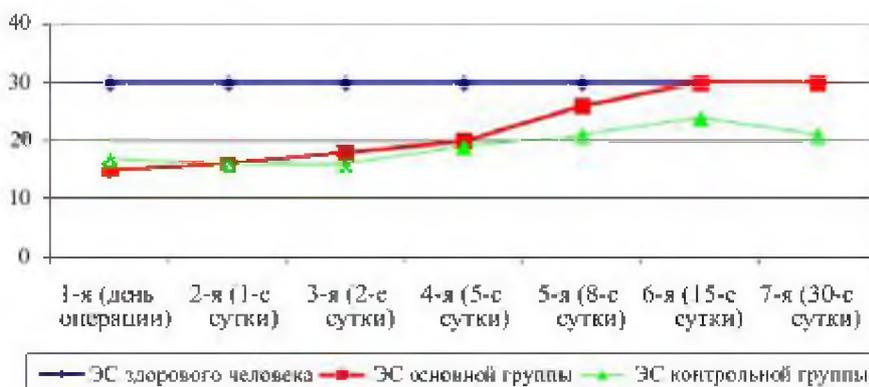


Рис. 4. Динамика показателей эмоционального состояния (ЭС) больных гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области (в баллах) в зависимости от метода лечения в раннем послеоперационном периоде

хание у больных становилось свободным, восстанавливался голос, становился возможным прием пищи, глотание становилось безболезненным, улучшался сон, что способствовало улучшению как ФФ, так и ЭС.

В процессе лечения в обеих группах отмечена положительная динамика состояния общего благополучия (СОБ), которая была связана с тем, что у больных улучшился эмоциональный фон, появилась надежда на выздо-

вление, постепенно они стали самостоятельно решать проблемы, связанные с финансовыми, социальными и личностными потребностями. На 30-е сутки после операции СОБ в обеих группах составило 14 баллов из имеющихся 19 (повышение на 9 и 8 баллов соответственно), что было связано с изначально низкими показателями этой шкалы до заболевания (рис. 5).

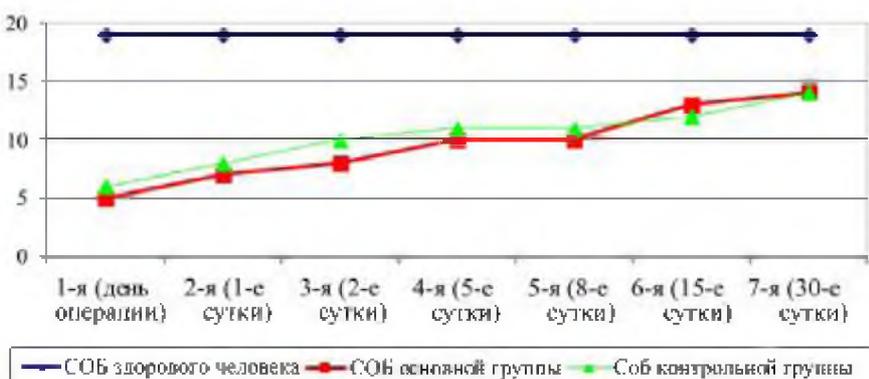


Рис. 5. Динамика показателей состояния общего благополучия (СОБ) больных гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области (в баллах) в зависимости от метода лечения в раннем послеоперационном периоде

Выводы

1. КЖ больных с гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта в раннем послеоперационном периоде зависит от выраженности клинических проявлений заболевания, т.е. интоксикации, степени нарушения дыхания, речи и приема пищи, обусловленных распространенностью воспалительного процесса.

2. КЖ больных зависит от возраста и характеризуется более высокими показателями по всем шкалам у пациентов молодого возраста, что свидетельствует о более высоком уровне независимости, социальных отношений, общей оценки КЖ.

3. КЖ зависит от пола: у женщин показатели КЖ по шкалам социального и эмоционального состояний ниже, чем у мужчин.

4. Комплексное лечение, включающее специфическую антибактериальную и иммуномодулирующую терапии, в раннем послеоперационном периоде позволяет достичь не только значительного клинического улучшения, но и повышения КЖ пациентов с гнилостно-некротическими флегмонами дна полости рта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бернадский, Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Витебск: Белмедкнига, 2007. 416 с.
2. Евдокимов А.И. Руководство по хирургической стоматологии. Москва: Медицина, 1972. 583с.
3. Кунпан И.А., Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Кошель В.И., Владимирский М.М., Пешков М.Н. Измерение качества жизни пациентов в раннем послеоперационном периоде. Методические рекомендации. М.: Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова, 2004. 18с.
4. Мирзоев М.Ш. Дилатационный метод дренирования ран в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области: дисс. ... канд. мед. наук. Самара, 2008. 125с.
5. Новик А.А., Ионова Т.И., П. Кайнд Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140с.
6. Расулов С.Р. Качество жизни больных диссеминированным раком желудка после эндодуктальной химиотерапии //Здравоохранение Таджикистана. 2009. №3. С.242-245.
7. Розуменко В.Д., Хорошун А.П. Показатели качества жизни в оценке эффектив-

ности лечения больных с глиальными опухолями полушарий большого мозга // Украинский нейрохирургический журнал. 2007. №1. С.26-31.

8. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М.: Медицина, 1985. 352с.
9. Quality of life assessments in clinical trials // Ed. M. J. Staquet. Oxford University Press: Oxford, New York, Tokio, 1998. 360p.
10. World Health Organisation. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986. P. 5-26.

Гаффаров Х.О.

Сифати ҳаёт хамчун меъёри санчиши таъсирбахшии табобати беморон бо флегмонаҳои минтақаи чоғу рӯй

Калимаҳои калидӣ: сифати ҳаёт, нишондиҳандаи умумии сифати ҳаёт, фаъолияти физикӣ, ҳолаи иҷтимоӣ, ҳолати эҳсоснокӣ, ҳолати умумии бехбудӣ, флегмонаи пусида-некрозшуда, давраи пас аз ҷарроҳӣ, табобати антибактериалии махсус.

Нишондиҳандаҳои сифати ҳаёти 12 беморон бо флегмонаи пусида-некрозшудаи қаъри ковокии даҳон дар давраи пас аз ҷарроҳии наздик омухта шудааст Муайян карда шуд, ки СҲ аз синусол, чинс, дараҷаи паҳн будани протсессии илтиҳобӣ-фасодӣ, дараҷаи захролудшавӣ, ҷойдоштани беморҳои ҳамрав ва усули табобат вобаста мебошад. Муайян шуд, ки дар 30-юм шабонарӯзи пасазҷарроҳӣ нишондиҳандаи умумии сифати ҳаёт дар бемороне, ки ба онҳо табобатҳои антибактериалии махсус ва иммуномодуляторӣ гузаронида мешуд, (гурӯҳи асосӣ) 95 ҳолро (баландшавӣ ба 53 ҳол) ташкил дод. Дар бемороне, ки ба онҳо табобати маъмулӣ гузаронида мешуд, ин нишондиҳанда 81 ҳолро (баландшавӣ ба 30 ҳол) ташкил дод.

Гаффаров Х.О.

Качество жизни как критерий оценки эффективности лечения больных с флегмонами челюстно-лицевой области

Ключевые слова: качество жизни, общий показатель качества жизни, физическое функционирование, социальный статус, эмоциональный статус, состояние общего благополучия, гнилостно-некротическая флегмона, послеоперационный период, специфическая антибактериальная терапия.

Изучены показатели качества жизни у 12 больных с гнилостно-некротическими флегмонами челюстно-лицевой области в раннем послеоперационном периоде. Установлено, что КЖ зависит от возраста, пола, распространенности воспалительного процесса, степени интоксикации, наличия сопутствующих заболеваний, а также метода проводимого лечения. Выявлено, что на 30-е сутки после операции общий показатель качества жизни у больных, которым проводились специфическая антибактериальная и иммуномодулирующая терапии (основная группа), составил 95 баллов (повышение на 53 балла), а у больных, получавших традиционную терапию (контрольная группа), - 81 балл (повышение на 30 балла).

Gafarov Kh.O.

Quality of life as standart of judgement to efficiency to treatment patients with flegmonas of maxillo-face area

Key words: quality of life, the general factor quality of life, physical operation, social status, emotional status, condition of the general welfare, faster-necrotic flagmen, postoperative period, specific antibacterial therapy.

Assessment quality of life (QL) 12 sick patients faster-necrotic flagmen's jaw-face area in early postoperative period. Installed, that the QL depends on age, flap, wide-spread inflammatory process, degree of poisoning, presence of the accompanying diseases, as well as method of the conducted treatment. Revealed that on 30-e day after operation general factor quality of life (GFQL) patients, which were conducted specific antibacterial and immunomodular therapies(the main group) has formed 95 balls(increasing on 53 balls), but at patients which got traditional therapy(the checking group) 81 balls (increasing on 30 ballets).

Косимов З.К., Хомидов Д.Б., Махмудов С.А., Наимов А.Х., Махмадёрв Ш.И.

СОСТОЯНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии ТИППМК
ГКБ СМП г. Душанбе

Ключевые слова: гемодинамика, кровообращение, желчевыводящие пути, патология.

Актуальность

Комплексная оценка состояния гемодинамики у больных, осуществляемая в соответствии с отклонениями интегральных параметров от уровня, обеспечивающего эффективную жизнедеятельность при развитии критического состояния, позволяет точно определить и количественно отразить характер нарушений нейрогуморальных, метаболических и адаптационных механизмов, а также позволяет проводить более целенаправленную терапию.

В отечественной и зарубежной литературе приводится много сведений о гемодинамических нарушениях и их динамике при токсемии [3, 4, 9, 10]. Исследования сердечно-сосудистой системы больных желчнокаменной

болезнью [1, 2, 5, 6, 7, 8] выявили наличие недостаточности гемодинамики, выраженность которой соответствует степени тяжести токсемии. А.Н. Казюлин и др.(2004), А.В.Попов и др.(2004), исследуя больных с кардиальной патологией, отмечают высокую частоту поражения желчного пузыря, степень этих нарушений коррелируют со степенью недостаточности кровообращения. Выявленные патофизиологические изменения зависят от исходного состояния пациента, сроков заболевания.

Материал и методы исследования

Основу работы составили результаты комплексного обследования 112 больных с патологией желчевыводящих путей. Согласно причинам нарушения проходимости внепече-