

го эпителия слизистой оболочки полости носа, что требует проведения в послеоперационном периоде консервативной терапии.

Снижение обонятельной функции носа у обследованных в послеоперационном периоде носит временный характер; как правило, она восстанавливается в сроки до 1 мес после операции.

Применение опросника с целью оценки КЖ ринологических больных позволяет определить показания для поведения оперативного лечения. Полученные результаты могут быть использованы в клинической практике для оптимизации лечения больных ринологического профиля.

Литература

1. Вишняков Н.П., Ежова Н.А., Егорова Н.Ю. К хирургическому лечению одонтогенного гайморита // Рос. ринология. – 2002; 2: 87–8.
2. Горлина А.А. Операции при заболеваниях носа и околоносовых пазух. Атлас оперативной оториноларингологии. Под ред. В.С. Погосова / М.: Медицина, 1983; с. 213–40.
3. Козлов В.С. Консервативное и хирургическое лечение острого и хронического синусита. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб, 1997; 42 с.
4. Комогорцев Ю.Н. Значение санации верхних дыхательных путей у больных хронической пневмонией. Актуальные вопросы диагностики, профилактики и лечения патологии уха, и верхних дыхательных путей / М., 1976; с. 11–3.
5. Кубышкин С.И. Комплексная оценка эффективности хирургического лечения больных с хроническими заболеваниями полости носа. Дис. ... канд. мед. наук. СПб, 2002; 128 с.
6. Морохоев В.И., Морохоев В.И., Аниютин Р.Г. Тактика оториноларинголога при уточнении этиологии гайморита // Рос. ринология. – 1998; 4: 15–7.
7. Пискунов Г.З., Косяков С. Я. Старостина Е.Г. Исследование качества жизни в оториноларингологии насущная необходимость для повышения качества лечения // Рос. ринология. – 2002; 2: 18–9.
8. Пискунов Г.З., Чучуева Н.Г. Пути повышения эффективности функциональной эндоскопической риносинусинургии // Рос. ринология. – 2001; 2: 116.
9. Brooks C.D., Karl K.J., Francom S.F. Profile of ragweed hay fever symptom control with terfenadine started before or after symptoms are established // Clin. Exp. Allergy. – 1993; 20: 21–6.
10. Juniper E.F., Guyatt G.H. Development and testing of a new measure of Health Status for clinical trials in rhinoconjunctivitis // Clin. Exp. Allergy. – 1991; 21: 77–83.
11. Lund V.J. Health related quality of life in sinonasal disease // Rhinology. – 2001; 39 (4): 182–6.
12. Sigurs N. Epidemiologic and clinical evidence of a respiratory syncytial virus–reactive airway disease link // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001; 163 (3): 2–6.
13. Wigand M.E. Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. N.Y.: Time, 1990; p. 358.

QUALITY OF LIFE IN RHINOLOGIC PATIENTS

Professor **S. Karpishchenko**, MD; **O. Vereshchagina**, Candidate of Medical Sciences
Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

A survey of 60 patients in the Otorhinolaryngology Clinic of our University has revealed that their quality of life before and early after surgery differs slightly and improves only by the end of the first month.

Key words: quality of life, rhinologic patients, survey, stuffy nose.

ОСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА КАК ФАКТОР СНИЖЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Г. Хацкевич, доктор медицинских наук, профессор,
С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
М. Соловьев, кандидат медицинских наук, **А. Курус**
Санкт-Петербургский государственный медицинский
университет им. акад. И.П. Павлова
E-mail: akurus@gmail.com

Рассматриваются различные виды переломов костей средней зоны лица и связанные с ними возможные осложнения, ухудшающие качество жизни. Обсуждается необходимость участия разных специалистов в лечении таких пациентов; в частности, приводится алгоритм оториноларингологической помощи.

Ключевые слова: переломы лицевого черепа, осложнения, орбита, верхнечелюстная пазуха, гемосинус, синусит, FESS.

В структуре повреждений челюстно-лицевой области от 33 до 55%, по данным разных авторов, составляют травмы средней зоны лица [14]. Эта зона, ограниченная верхнеорбитальной линией и линией смыкания зубов, чрезвычайно сложна анатомически и включает ряд тесно связанных костных структур. Уязвимость средней зоны лица при разного рода бытовых, производственных и спортивных травмах приводит к выраженным косметическим дефектам и последующим функциональным нарушениям. Вследствие сосредоточения здесь жизненно важных органов и крупных сосудисто-нервных пучков эти повреждения могут также нести серьезную угрозу жизни. При данном виде травмы возможно одновременное поражение нескольких анализаторов – органа зрения, органа обоняния. Прохождение линии перелома через вертикальный или горизонтальный контрфорс (ось жесткости лицевого скелета) может отрицательно сказаться на жевательной функции.

Большинство больных с острой травмой средней зоны лица относятся к трудоспособной части населения. Исследование показало, что 81,3% таких пациентов составляют мужчины в возрасте от 21 года до 40 лет [9]. По нашим данным, средний возраст больных с диагнозом «перелом скуловой кости» составил 32 года. Следовательно, успешная реабилитация и удовлетворительное качество жизни пациентов (КЖ) после таких травм имеет во многом социально-экономическую значимость.

КЖ пострадавшего определяется степенью остаточных нарушений его физических, психоневрологических и социальных функций. Рекомендуется оценивать его в сроки не ранее 6 мес после перенесенной травмы [6]. Очевидно, что лечащий врач имеет возможность лишь прогнозировать последствия и выбирать наилучшую тактику лечения и реабилитации. С оценкой КЖ в нашей стране чаще сталкиваются судебно-медицинские эксперты, когда возника-

ет необходимость определить нанесенный здоровью вред и оценить степень нетрудоспособности в соответствии с критериями медико-социальной экспертизы. По данным Е.Н. Григорьевой, у 60% пациентов с переломом скуловой кости определен легкий вред здоровью, у 20% — средний [2]. В других исследованиях при повторной экспертизе легкий вред здоровью был установлен только в 26% случаев, при первичной — в 74% [3], т.е. отмечалось ухудшение состояния пациентов из-за развития посттравматических осложнений.

Тесная связь костных структур обуславливает сложный характер травмы с распространением линии перелома на несколько смежных костей. Перелом костей носа часто представляет собой назо-орбитально-этноидальный перелом. Переломы верхней челюсти традиционно разделяются на 3 типа по LeFort, различающиеся уровнем прохождения линии перелома и соответственно повреждением различных костных паттернов. Изолированный перелом тела скуловой кости встречается редко. Обычно линии перелома проходят в местах сочленения отростков скуловой кости с окружающими костными структурами: верхней челюстью, лобной, височной и клиновидной костями. На долю таких переломов скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса приходится 14,5–24% всех травм лицевого черепа [8]. Таким образом, многообразие вариантов переломов определяет многообразие возможных осложнений.

По данным P. Siritongtaworn и соавт. [18], переломы стенок глазницы встречаются в 40% случаев переломов лицевого скелета. Возможны как изолированные взрывные переломы, так и сочетанные — при переломах назо-орбитально-этноидального, скуло-орбитально-верхнечелюстного комплексов, верхней челюсти по верхнему и среднему типам.

Как следует из литературных данных, до 70% орбитальных переломов сочетаются с теми или иными повреждениями глазного яблока и содержимого орбиты. Причем само по себе разрушение орбитальной стенки обладает демпфирующим эффектом, уменьшая вероятность серьезных повреждений глаза в 1,5 раза [15]. Офтальмологическое исследование выявляет разнообразные осложнения как в остром, так и в позднем (посттравматическом и послеоперационном) периоде. Такие осложнения, как параорбитальная гематома, гипосфагма регрессируют самостоятельно в кратчайшие сроки и не причиняют ущерба КЖ больного.

При более серьезном повреждении орбиты возможно развитие массивного кровотечения с формированием ретробульбарной гематомы и утратой зрения при несвоевременной декомпрессии орбиты. К счастью, данное осложнение встречается в 0,5–1% случаев [12]. Кроме того, нейропатия зрительного нерва возможна и вследствие сдавления его смещенными костными отломками. Более частым осложнением является диплопия, сопровождающая как переломы скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса (30%), так и изолированные переломы нижней стенки орбиты (70%) [13, 18]. Ее причиной могут быть отек и гематома глазодвигательных мышц, ущемление в линии перелома мышц или орбитальной клетчатки. Полный регресс диплопии может занять до 6 мес, у 8% пострадавших она сохраняется более 1 года [16]. До 50% орбитальных переломов сопровождаются развитием эмфиземы орбиты. Основным поздним осложнением (11%) считается развитие энтофтальма за счет увеличения объема орбиты [13]. Причем в остром периоде обычно наблюдается экзофтальм из-за отека мягких тканей; истинный энтофтальм при этом не распознается. Обнаруже-

ние раннего энтофтальма является признаком выраженного разрушения орбитальных стенок.

Частым неврологическим осложнением, которое встречается обычно при скуло-орбитально-верхнечелюстных переломах и изолированных переломах нижнеорбитальной стенки, является нейропатия подглазничного нерва, второй ветви тройничного нерва. Это осложнение в остром периоде наблюдается в 70–80% случаев и может сохраняться длительно — в 18–22% [19]. Нарушение чувствительности определяется в подглазничной и скуловой областях и может захватывать верхнюю губу, крыло носа и зубы верхней челюсти на соответствующей стороне. Его выраженность может варьировать от парестезии до полной анестезии (в зависимости от степени травмы нерва). Выраженное повреждение нервного ствола при прохождении линии перелома через его канал во всех случаях сопровождается характерными симптомами, которые могут сохраняться более 1 года [19]. При проведении репозиции скуловой кости у 2/3 пациентов симптомы нейропатии продолжают персистировать вплоть до 6 мес. Перелом без смещения также может сопровождаться (в 50% случаев) проходящей нейропатией [17].

Важным неврологическим осложнением, сопровождающим переломы лицевого скелета, является черепно-мозговая травма (ЧМТ). По данным литературы, обнаружение у пострадавшего орбитального перелома повышает риск наличия ЧМТ в 3–4 раза [13]. При нахождении в стационаре пациентов с травмой лицевого черепа их неврологическому обследованию и лечению, к сожалению, не уделяется должного внимания. Без надлежащего контроля остается нарушение психоневрологических функций и в амбулаторный период. Исследования показали, что при легкой и средней тяжести ЧМТ возникают разнообразные, зачастую стойкие психоневрологические расстройства, сопровождающиеся длительным нарушением социальной и профессиональной адаптации пострадавших, что не может не сказаться на качестве их жизни [6].

Повреждение околоносовых пазух — частый компонент переломов средней зоны лица, в частности скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса. Сам механизм травмы подразумевает вычленение скуловой кости из соединения с окружающими костными структурами и смещение ее медиально и кзади в сторону верхнечелюстной пазухи. По данным разных авторов, повреждение стенок верхнечелюстных пазух при скуло-орбитально-верхнечелюстных переломах диагностируется в 29–58,7% наблюдений [5].

Из 184 пациентов, поступивших в 2009–2012 гг. в отделение челюстно-лицевой хирургии городской многопрофильной больницы №2 с диагнозом «перелом скуловой кости», у 18 (9%) имелся изолированный перелом одной из стенок верхнечелюстной пазухи, у 152 (78%) была нарушена целостность не менее чем 2 стенок. У 127 (69%) пациентов на разных этапах лечения было диагностировано понижение пневматизации поврежденной пазухи за счет развития гемосинуса разной степени выраженности. Наши результаты близки к данным С.П. Сысолятина [9], сообщавшего о 97,5% повреждений верхнечелюстной пазухи у больных с переломом скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса.

Обычно лечение больных данной группы ограничивается закрытой инструментальной репозицией смещенных костных отломков. Редко обращают внимание на состояние пазух и динамику происходящих в них посттравматических

изменений. По данным С.П. Сысолятина, из 358 пациентов со скуло-орбитально-верхнечелюстным переломом осложнения зафиксированы у 25%, наиболее часто встречался посттравматический синусит (14,3%). Осложнения возникали в 35% случаев закрытой репозиции скуловой кости и в 15% случаев открытого остеосинтеза [8].

По нашим данным, из 157 прооперированных пациентов у 58 (37%) наблюдалось ухудшение пневматизации травмированной верхнечелюстной пазухи по сравнению с предыдущим рентгенологическим исследованием. По данным литературы, развитие посттравматических синуситов при наличии повреждения верхнечелюстной пазухи и кровоизлияния в нее происходит в 10–40% случаев [4]. Причем гемосинус может развиваться при самом минимальном смещении костных отломков. Отметим, что с предшествующим или сопутствующим синуситом связаны до 70% случаев орбитальной инфекции.

Вследствие неадекватной оценки состояния околоносовых пазух, неправильной лечебной тактики и формирования симптомокомплекса хронического посттравматического синусита может значительно удлиниться период госпитализации и снижаться КЖ больного [11].

Для предупреждения посттравматических осложнений в первую очередь необходима качественная лучевая диагностика перелома. Рентгенографическое исследование по сути своей является скрининговым методом, поскольку не дает четкой картины всего объема повреждений. Например, выполняемая пациентам с переломом скуловой кости рентгенограмма в полуаксиальной проекции демонстрирует зачастую удовлетворительную пневматизацию поврежденной пазухи, а на рентгенограмме в носоподбородочной проекции в пазухе у того же пациента обнаруживается уровень жидкости — гемосинус. Кроме того, рентгенограмма в отличие от компьютерной томографии (КТ) не позволяет достоверно визуализировать переломы верхней и заднелатеральной стенок верхнечелюстной пазухи. Тем не менее при небольших по объему переломах рентгенограмм лицевого черепа в полуаксиальной и прямой проекциях достаточно для осуществления одномоментной инструментальной репозиции костных отломков. Но в послеоперационном периоде, по нашему мнению, крайне важна КТ лицевого черепа для оценки качества репозиции и состояния околоносовых пазух. При скуло-орбитально-верхнечелюстных переломах со значительным смещением отломков КТ является неотъемлемой частью диагностического процесса. Велика также значимость денситометрической оценки содержимого поврежденной пазухи. Установлено, что рентгеновская плотность крови составляет 40–60 ед. по шкале Хаунсфилда.

Важным условием реабилитации больных с переломами скуло-орбитально-верхнечелюстного комплекса является предупреждение развития посттравматических воспалительных изменений в поврежденной пазухе. В литературе предлагаются различные методы восстановления нормального функционирования пазух. Это, например, использование специальной иглы фиксатора-инстиллятор, применяемой для промывания верхнечелюстной пазухи в течение 7–14 сут [1]. Предложен способ местной озонотерапии слизистой оболочки поврежденного синуса [10]. Опубликованы работы по одномоментной коррекции внутриносовых структур при травме средней зоны лица для нормализации носового дыхания и улучшения вентиляции околоносовых пазух [5].

Большинство исследователей сходятся во мнении, что залогом благоприятного послеоперационного периода и скорейшего выздоровления является малоинвазивный характер хирургического вмешательства. Этому в полной мере соответствует использование эндоскопической техники. Разработаны методики эндоскопической репозиции костных отломков [7]. В отличие от закрытой репозиции и открытого остеосинтеза осложнения наблюдались менее чем у 10% оперированных под эндоскопическим контролем. При этом доступе можно визуально оценить состояние слизистой оболочки поврежденной верхнечелюстной пазухи и выполнить ее санацию, удалив старые геморрагические сгустки, а также осуществить эндоскопический остеосинтез. Одновременно выполняются инфундибулотомия и расширение естественного соустья пазухи, что обеспечивает ее адекватную вентиляцию и дренаж в послеоперационный период. На наш взгляд, данная методика трудно применима в условиях интенсивного функционирующего стационара челюстно-лицевой хирургии с большим потоком экстренных больных. Очевидно, что причиной низкого числа осложнений является обеспечение дренажа и вентиляции верхнечелюстной пазухи с учетом физиологии и особенностей функционирования мерцательного эпителия ее слизистой оболочки. Следовательно, эндоскопическое расширение естественного соустья в сочетании с закрытой инструментальной репозицией может стать рутинным методом, который обеспечит значительное снижение частоты посттравматических осложнений.

Таким образом, многообразие возможных осложнений обуславливает необходимость участия в лечебно-диагностическом процессе специалистов разных областей: челюстно-лицевых хирургов, оториноларингологов, офтальмологов, неврологов. Выбор адекватной тактики и приемственность лечения — залог успешной реабилитации пациентов с переломами средней зоны лица и повышения их КЖ.

Литература

1. Гатальская И.Ю. Лечение и профилактика верхнечелюстного синусита при скуловерхнечелюстных переломах в условиях сочетанной травмы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2010.
2. Григорьева Е.Н. Особенности установления тяжести вреда здоровью при изолированных переломах скуловых костей // Актуальные вопросы судебно-медицинской экспертизы потерпевших, подозреваемых, обвиняемых и других лиц. Сб. тез. докл. Всерос. научно-практ. конф., М., 2007; 57–8.
3. Жаров В.В., Клевно В.А., Григорьева Е.Н. Судебно-медицинские критерии определения степени тяжести вреда здоровью при переломах скуловых костей // Суд.-мед. эксп. – 2010; 2: 10–2.
4. Лобатый А.П. Новые технологии хирургического лечения повреждений скулового комплекса. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, Новосибирск, 1998.
5. Павлов В.В. Переломы костных стенок околоносовых пазух и их лечение у спортсменов. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, М., 2007.
6. Педаченко Е.Г., Гук А.П. Оценка качества жизни больных после черепно-мозговой травмы: современные подходы // Укр. нейрохір. жур. – 2007; 4: 40–2.
7. Сысолятин П.Г., Мельников М.Н., Сысолятин С.П. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии // Стоматология. – 2000; 1: 46–50.
8. Сысолятин П.Г., Сысолятин С.П. Повреждение верхнечелюстных пазух и их лечение // Рос. ринол. – 2000; 4: 37–42.
9. Трунин Д.А. Оптимизация лечения больных с острой травмой средней зоны лица и профилактика посттравматических деформаций. Автореф. дис. ... д-ра мед. наук, М., 1998.
10. Хитрина М.М. Оптимизация диагностики и лечения больных с переломами костей скулоорбитальной области. Автореф. дис. ... канд. мед. наук, М., 2003.
11. Швырков М.Б. Неогнестрельные переломы челюстей. М., 1999.

12. Bater M., Ramchandani P., Brennan P. Post-traumatic eye observations // Brit. J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005; 43 (5): 410–6.
13. Cole P., Boyd V., Banerji S. Comprehensive management of orbital fractures // Plast. Reconstr. Surg. – 2007; 120 (7): 57–63.
14. Klenk G., Kovacs A. Etiology and patterns of facial fractures in the United Arab Emirates. // J. Craniofac. Surg. – 2003; 4 (1): 78–84.
15. Kreidl K., Kim D., Mansour S. Prevalence of significant intraocular sequelae in blunt orbital trauma // Amer. J. Emerg. Med. – 2003; 21 (7): 525–8.
16. Nam S., Bae Y., Moon J. Analysis of the postoperative outcome in 405 cases of orbital fracture using 2 synthetic orbital implants // Ann. Plast. Surg. – 2006; 56 (3): 263–7.
17. Renzi G., Carboni A., Perugini M. et al. Posttraumatic trigeminal nerve impairment: a prospective analysis of recovery patterns in a series of 103 consecutive facial fractures // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2004; 62 (11): 1341–6.
18. Siritongtaworn P., Tongasawas S., Siltharm S. Diplopia in facial fractures // J. Med. Assoc. Thai. – 2001; 84 (2): 491–4.
19. Yavuzer R., Tuncer S., Basterzi Y. et al. Reconstruction of orbital floor fracture using solvent-preserved bone graft // Plast. Reconstr. Surg. – 2004; 113 (1): 34–44.

COMPLICATIONS OF MIDFACIAL FRACTURES AS A FACTOR REDUCING QUALITY OF LIFE

Professor **G. Khatskevich**, MD; Professor **S. Karpishchenko**, MD; **M. Solovyev**, Candidate of Medical Sciences; **A. Kurus**
Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University

The paper considers different types of midfacial fractures and related possible complications that worsen quality of life. It discusses whether different specialists should be involved in the treatment of these patients and presents, among other things, an otolaryngological algorithm.

Key words: facial fractures, complications, orbit, maxillary sinus, hemosinus, functional endoscopic sinus surgery.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Н. Барышникова^{1,2}, кандидат медицинских наук,
Л. Белоусова³, кандидат медицинских наук,
В. Петренко³, кандидат медицинских наук,
Е. Павлова², кандидат медицинских наук

¹Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

²Городская больница Святой преподобномученицы Елизаветы, Санкт-Петербург

³Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова

E-mail: baryshnikova_nv@mail.ru

Оценка качества жизни (КЖ) – важный показатель эффективности лечения пациентов с различными заболеваниями внутренних органов. В статье рассматриваются наиболее часто используемые способы анализа КЖ, представлены результаты универсального теста SF-36 и специального теста GSRS для оценки КЖ пациентов с гастроэнтерологической патологией.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, GSRS, заболевания желудочно-кишечного тракта.

Определение показателей качества жизни (КЖ) у больных с различными заболеваниями в настоящее время крайне актуально. Анализ КЖ позволяет определить, как пациент переносит заболевание, он также важен для решения многих вопросов, возникающих в процессе лечения. Оценка КЖ может использоваться как дополнительный критерий при подборе индивидуальной схемы терапии для определения степени тяжести состояния больного, оценки эффективности лечения, особенно при всестороннем расширенном клиническом анализе новых препаратов, для анализа эффективности мероприятий по первичной или вторичной профилактике заболеваний [1].

При оценке КЖ используются ближайшие и долгосрочные оценочные интервалы. Ближайший интервал подразумевает анализ, базирующийся на субъективных ощущениях пациента, к которым относятся жалобы, временная утрата работоспособности, т.е. определение краткосрочного снижения КЖ. К долгосрочным параметрам относятся выживаемость пациентов, частота госпитализаций, скорость прогрессирования заболевания, стойкая утрата работоспособности и потеря социальной активности, зависимость от лекарственных препаратов, необходимость постоянного медицинского контроля и др. [1].

Важно отметить, что анализ КЖ основан на субъективном восприятии человека. В основе методов изучения КЖ лежит определение самим больным уровня своего благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношении, т.е. понятие КЖ включает информацию об основных сферах жизнедеятельности человека. Оно изменяется во времени в зависимости от изменения состояния больного, влияния эндо- и экзогенных факторов, что делает возможными динамические наблюдения и мониторинг состояния пациентов [5].

Технология определения КЖ предполагает непосредственное участие самого больного [5]. Традиционно КЖ оце-