

УДК 618.3-06

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ
ПАРОДОНТА ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ
БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Сатановский М. А.

ассистент

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

Симферополь, Россия

Сатановский А. М.

врач-стоматолог

ГБУЗ «Крымский республиканский стоматологический центр»,

Симферополь, Россия

Тимошенко И. И.

студент 5-го курса стоматологического факультета

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского»,

Симферополь, Россия

Аннотация. В данной статье рассматривается вопрос взаимосвязи патологии ротовой полости с заболеваниями гастродуоденальной зоны. Достижения в выяснении этиологии, патогенеза язвенной болезни и разработка новых методов лечения не привели к снижению оперативных вмешательств, выполняемых по экстренным и неотложным показаниям. При этом значительно снижается качество жизни больных, что наиболее выражено при сопутствующей патологии со стороны пародонта. Наиболее низкое качество жизни после проведения резекции желудка. Ваготомия в меньшей степени влияет на качество жизни, сопоставимое с неоперативным лечением.

Ключевые слова: качество жизни, язвенная болезнь, пародонт, лечение.

***EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH
PARODONTAL PATHOLOGY WITH DIFFERENT METHODS OF
TREATMENT OF THE STOMACH OF THE STOMACH AND THE 12-PERCAL
INTESTINE***

Satanovsky M.A.

assistant

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named
after V.I. Vernadsky,*

Simferopol, Russia

Satanovsky M.A.

Dentist Crimean Republican Dental Center,

Simferopol, Russia

Timoshenko I.I.

student

*Medical Academy named after S.I. Georgievsky of Crimean Federal University named
after V.I. Vernadsky,*

Simferopol, Russia

Abstract: This article discusses the relationship of oral pathology with diseases of the gastroduodenal zone. Achievements in clarifying the etiology, pathogenesis of peptic ulcer disease and the development of new methods of treatment did not lead to a decrease in surgical interventions for urgent and urgent reasons. At the same time, the quality of life of patients is significantly reduced, which is most pronounced with comorbidities from the periodontal side. The lowest quality of life after gastrectomy. Vagotomy to a lesser extent affects the quality of life, comparable to non-surgical treatment.

Key words: quality of life, peptic ulcer, periodontal, treatment.

Введение. Одним из наиболее значимых достижений медицины конца XX столетия явилось открытие роли инфекции *Helicobacter pylori* (Hр) в возникновении многих заболеваний органов пищеварения. Первооткрывателям этого микроорганизма была вручена Нобелевская премия. Дальнейшие исследования показали, что даже ротовая полость, где среда совершенно отлична от среды гастродуоденальной зоны является чувствительной к Hр. Наличие Hр обнаружено в слюне, десневой жидкости, на слизистых оболочках щек и языка, в карманах пародонта, а также в зубном налете. Поначалу персистенция Hр в ротовой полости объяснялась состоянием инфицирования и реинфицирования желудочно-кишечного тракта [8]. Дальнейшие исследования выявили, что обсемененность полости рта Hр является фактором, оказывающим влияние на развитие и течение собственно стоматологических заболеваний и интенсивность, в том числе, кариеса зубов связана с присутствием Hр в полости рта [6, 9].

Одной из важнейших проблем нынешней гастроэнтерологии является язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Невзирая на совершенствование методов диагностики и лечения, её распространенность неуклонно растет. По данным Всемирной организации здравоохранения заболеваемость ЯБ за последние десять лет увеличилась на 30-40%. При этом, зафиксировано как «омоложение» заболевания, так и рост заболеваемости в старших возрастных группах более чем в два раза [3, 5]. Несмотря на доказанную роль инфекции Hр в развитии ЯБ, медики считают её заболеванием всего организма, что говорит о вовлечении в патологический процесс на функциональном и органном уровне и других отделов пищеварительной системы [7, 10]. Подавляющее число исследователей признают теснейшую патогенетическую связку между патологией пародонта и соматическими

заболеваниями. Так, по данным ряда отечественных и зарубежных ученых, воспалительные и воспалительно-дистрофические заболевания пародонта выявляются у 92-100% пациентов с эрозивно-язвенной патологией гастродуоденальной зоны и в основном они представлены генерализованным пародонтитом [9].

Несмотря на преобладание консервативных методов лечения ЯБ, до настоящего времени существует множество показаний для проведения оперативного лечения ЯБ и её осложнений. В настоящее время оценка эффективности хирургического лечения ЯБ производится по таким показателям, как летальность, продолжительность пребывания в стационаре, частота и характер послеоперационных осложнений, а также степень и частота выраженности различных функциональных пострезекционных и постваготомных расстройств в различные сроки после оперативного вмешательства. Таким образом, основное внимание уделяют так называемому “количеству жизни”, не учитывая того, что для пациента имеет значительно большее значение улучшение общего самочувствия и чувство удовлетворения жизнью в психоэмоциональном и социальном аспектах [4, 7].

В качестве критерия оценки эффективности и качества медицинской помощи исследовательская группа Всемирной организации здравоохранения предложила анализировать адекватность лечения, то есть, необходимость достижения приемлемого для больного уровня “качества жизни” (КЖ) [11].

В доступной нам литературе мы нашли лишь единичные работы, посвященные изучению качества жизни у больных, перенесших различные виды ваготомии и резекции желудка по поводу ЯБ, имеющих патологию со стороны органов ротовой полости. Актуальность этой темы очевидна – до сих пор не утихает спор между сторонниками сохраняющих желудок операций и радикальных резекций. Учитывая тот факт, что большинство прооперированных больных длительно и безуспешно, годами и десятилетиями проходят

реабилитацию в терапевтических и гастроэнтерологических стационарах, вынуждены проводить лечение стоматологических заболеваний, мы решили проверить КЖ у этих больных, сравнить их с таковыми показателями у здоровых и с пациентами, отказавшимися от оперативного лечения.

Материалы и методы исследования. Обследовано 85 больных (58 мужчин и 27 женщин) в возрасте от 32 до 78 лет, которым от 10 до 39 лет назад было проведено хирургическое лечение язвенной болезни. У 35 больных выполнена резекция желудка, у 48 – селективная проксимальная или селективная ваготомия с дренирующими желудок операцией.

Контролем служили 2 группы больных. Первая (26 человек) – не имеющие явных признаков заболеваний гастродуоденальной зоны. Вторая – 32 больных ЯБ в стадии ремиссии. Основным условием было наличие патологии пародонта у всех пациентов (как группы контроля, так и обследуемых).

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование, включающее данные анамнеза и физического исследования. Для изучения КЖ использовали тест КНЦ РАМН с добавлениями [Рутгайзер Я.М] и Крылова. Пациентам давали опросник, который включал в себя 37 вопросов, объединенных в следующие группы:

- 1). физическое состояние (необходимость ограничивать нагрузки, занятия физкультурой и спортом, необходимость ограничения в трудовой деятельности);
- 2). социальную функцию (вызвало ли заболевание понижение в должности, ограничение контактов с родными и друзьями);
- 3). половую функцию (ограничение половой жизни);
- 4). экономическое состояние (снизилась ли заработная плата, необходимость ограничения поездок в общественном транспорте);
- 5). интеллектуальную функцию (необходимость ограничивать занятия умственным трудом);

6). эмоциональную функцию (необходимость избегать ситуаций эмоционального напряжения);

7). восприятие здоровья (необходимость постоянно лечиться, соблюдать диету, ограничивать прием определенных продуктов, запрещение курения);

8). влияние лечения;

9). симптомы болезни.

Отвечая на вопрос, пациент выставлял оценку по 4-х бальной системе. Постоянно - 0. Очень часто - 1. Часто - 2. Редко - 3. Никогда - 4. Таким образом, максимальное количество баллов, которое мог набрать пациент – 148.

Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандартным методикам с применением критерия Стьюдента [1, 2].

Результаты и их обсуждение.

ЯБ, независимо от варианта, влияет на уровень КЖ, не вполне достоверно при нетяжелой форме и достоверно при агрессивном течении. На КЖ больных после операции оказывают влияние вид операции и срок после неё, функциональные результаты, болезни оперированного желудка, пол и возраст больных.

Таблица 1. Показатели КЖ больных в исследуемых группах.

Показатели качества жизни	Здоровые	Язвенная болезнь	Ваготомия	Резекция желудка
ИДЖ	123,07±5,43	103,66±6,92	97,54±14,21	80,16±18,98
Физическое состояние	23,46±2,01	18,72±2,98	17,35±4,28	14,34±4,26
Социальная функция	10,34±1,12	10,66±0,94	8,72±1,52	7,38±2,93
Половая функция	3,97±0,15	3,84±0,50	3,17±0,86	2,60±1,28
Экономическое состояние	7,29±0,87	6,14±0,95	5,27±1,53	3,79±2,04
Интеллектуальная функция	12,69±2,32	11,94±1,66	9,18±2,84	8,82±2,40
Эмоциональная функция	23,64±2,55	18,14±3,06	17,74±4,28	14,51±4,33
Восприятие здоровья	9,67±0,94	8,67±1,54	7,79±1,96	5,64±2,06
Восприятие лечения	6,68±1,15	5,47±1,48	6,34±1,52	4,12±1,73

Симптомы болезни	26,19±3,07	23,52±2,84	22,36±3,34	18,84±4,62
------------------	------------	------------	------------	------------

Средние значения как общего уровня КЖ, так и его отдельных показателей после всех видов оперативных вмешательств достоверно ниже, чем у здоровых людей. Таким образом, ни одна из изученных операций не может полностью восстановить утраченное за время болезни КЖ всем больным. Структура показателей КЖ у больных после резекции желудка близка к характеристикам не оперированных больных с осложненным течением болезни. Структура показателей больных после ваготомий, в основном, близка к характеристикам больных с нетяжелым течением ЯБ. С увеличением периода после операций КЖ пациентов уменьшается, наиболее значимая тенденция была у больных после резекции желудка. Оценка эффективности различных видов операций с точки зрения показаний к ней указывает на неоспоримые преимущества ваготомии. Резекция желудка должна быть исключена из арсенала средств в лечении язвенной болезни, так как её использование малоэффективно с позиций показателей КЖ.

Стойкие и выраженные постваготомические и пострезекционные синдромы формируют характерные психоэмоциональные расстройства, обуславливающие психосоциальную дезадаптацию. Дезадаптация к факторам послеоперационного периода трансформирует, так называемый, «образ жизни», включающий не только субъективную картину патологического процесса, но и субъективный прогноз заболевания, оценку тяжести своего состояния и лечебного воздействия с учётом исходного положения и прогнозируемыми последствиями. Это, в конечном итоге, воздействует на функционирование больных в семье и обществе, степень удовлетворения своей жизнью, то есть на уровень КЖ.

Как свидетельствуют данные таблицы №1, у больных ЯБ с сопутствующей патологией пародонта существенно изменяются все параметры КЖ, как общего

уровня КЖ, так и его отдельных показателей. Особенно ощутимым было влияние на физическое состояние и эмоциональную функцию. Больные отмечали постоянное ощущение усталости и неспособность из-за симптомов болезни качественно выполнять свои профессиональные обязанности, включая учёбу и ведение домашнего хозяйства. Обращал внимание тот факт, что больные, прежде всего, озабочены диетическими и физическими ограничениями. Сопоставление показателей всех групп позволило выявить сходный уровень снижения КЖ. Тем не менее, были выявлены достоверные различия в оценке по таким показателям, как влияние болезни на питание и социальную активность.

В вопросах влияния симптомов болезни на основную деятельность пациенты после резекции набрали наименьший балл: они чаще отмечали снижение работоспособности и эффективности своего труда и ограничение его объема, избегали работы из-за своего заболевания. Суммарный балл при ваготомии был выше, чем после резекции и отмечались близкие к достоверным различия в пользу пациентов с ваготомией по ряду показателей: питание, социальная и эмоциональная сферы, сексуальные отношения. Примерно равнялось лишь влияние на сон у больных.

Однако у больных резекцией возникало больше проблем с питанием и участием в социальной жизни. Они достоверно чаще были вынуждены прибегать к пищевым ограничениям из-за болезни, испытывали дискомфорт при выполнении общественной работы или семейных обязанностей, ограничивали социальную активность. Среднее значение как общего уровня КЖ, так и его отдельных показателей после всех видов операций ниже, чем у здоровых людей, а также ниже, чем при неагрессивном течении ЯБ.

Таким образом, хирургическое лечение оказывает прямое и опосредованное воздействие на уровень КЖ больных ЯБ с патологией пародонта, приближая или удаляя его от уровня КЖ здоровых людей. Приведенные факты позволяют говорить о важности изучения КЖ у больных

ЯБ, о необходимости оценки эффективности различных методов хирургического лечения язвенной болезни с учетом их влияния на показатели КЖ.

Библиографический список:

1.Беляева Е.А. Структурные преобразования поднижнечелюстной слюнной железы после однократного тотального гамма-облучения // Таврический медико-биологический вестник. – 2014. – Т. 17, № 3 (67). – С. 9-12.

2.Беляева Е.А. Экспериментальное моделирование применения ксеногенной спинномозговой жидкости в качестве протекторного средства при лучевом поражении поднижнечелюстной слюнной железы / Е.А. Беляева, М.А. Кривенцов // Український морфологічний альманах. – 2014. – Т. 12, № 2. – С. 106-108.

3.Ивашкин В.Т. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *helicobacter pylori* у взрослых / В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, Т.Л. Лапина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2018. – № 1. – С. 55-70.

4.Куница В.В. Оценка состояния здоровья студентов - медиков 4 - го года обучения / В.В. Куница, Г.Н. Санина, В.Н. Куница // Инновации, технологии, наука: Сб. ст. Междунар. научно-практич. конф. Ответственный редактор: Сукиасян Асатур Альбертович. – Уфа, 2016. – С. 157-160.

5.Куница В.Н. Суточные колебания артериального давления после стволовой ваготомии / В.Н. Куница, С.Н. Чернуха, С.И. Чистякова [и др.] // Артериальная гипертензия как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний: Сб. тезисов X Всероссийского конгресса. – 2014. – С. 31.

6.Михайличенко В.Ю. Особенности тиреоидопосредованного иммунного дисбаланса при лечения гиперпластических заболеваний щитовидной железы /

В.Ю. Михайличенко, А.М. Резниченко, А.А. Древетняк, [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной хирургии. – 2017. – Т. 2, № 1. – С. 39-46.

7.Морфологическое обоснование необходимости восстановления целостности стволов блуждающего нерва / В.Н. Куница [и др.] // Світ медицини та біології. – 2013. – № 3-1 (39). – С. 026-029.

8.Мосеева М.В., Воробьев М.В., Джураева Ш.Ф. Helicobacter pylori в практике врача-стоматолога: Мат. XXIV Междунар. юб. симпозиума "Инновационные технологии в стоматологии", посв. 60-летию стомат. Ф-та Омского гос. мед. у-та: Сб. ст. отв. ред. Г. И. Скрипкина. – 2017. – С. 329-334.

9.Робакидзе Н. С., Цимбалистов А. В. Влияние стоматологического статуса больных язвенной болезнью на инфицированность полости рта и слизистой оболочки желудка Helicobacter pylori // Институт стоматологии. — 2000. – № 1 (6). – С. 16 - 18.

10.Рябокоть Е.Н. Стоматологические аспекты эрадикации helicobacter pylori / Е.Н. Рябокоть, В.В. Олейничук, И.И. Соколова // Вестник проблем биологии и медицины. – 2013. – Т. 2, № 1. – С. 285-289.

11.Турна Э.Ю. Качество жизни пациентов как показатель эффективности лечения артериальной гипертензии у пациентов, перенесших ишемический инсульт / Э.Ю. Турна, О.Н. Крючкова, Е.А. Ицкова [и др.] // Таврический журнал психиатрии. – 2016. – Т. 20, № 3 (76). – С. 40-46.

Оригинальность 80%