

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

САБРИН АЛИ МОХАММЕД АЗИМ

**ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ
УРАНОСТАФИЛОПЛАСТИКИ**

3226.01 – Стоматология

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени
доктора философии по медицине

Баку – 2016

Диссертационная работа выполнена
на кафедре хирургии полости рта и челюстно – лицевой хирургии
Азербайджанского Медицинского Университета

Научный руководитель:

доктор наук по медицине, профессор

Ю.А.ЮСУБОВ

Официальные оппоненты:

з.д.н., доктор наук по медицине, профессор

Р.Г.АЛИЕВА

доктор философии по медицине

Д.Г.ГАСАНОВ

Ведущая организация: Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей им. А. Алиева

Защита диссертации состоится «_11_» __02_ 2016 г. ____ часов на заседании Диссертационного Совета FD 03.015 при Азербайджанском Медицинском Университете

Адрес: AZ1022, г. Баку, ул. Бакиханова, 23, Азербайджанский Медицинский Университет (актовый зал)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Азербайджанского Медицинского Университета

Автореферат разослан «__» _____ 2016 г.

Ученый секретарь

Диссертационного Совета FD 03.015

доктор наук по медицине

Н.А.ПАНАХОВ

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы: Патологии челюстно - лицевой области у детей всегда находились в центре внимания различных исследователей (Алиева Р.Г., 2001; Гараев З.И., 2000; Надточий А.Г., 2008; Medra A., 2014). Среди врожденных аномалий врожденная расщелина губы и неба (ВРГН) является самой распространенной и относится к наиболее сложным дефектам анатома - функциональных нарушений. Этиологией возникновения данной патологии являются как наследственные, так экзогенные и эндогенные факторы (Харьков Л. В., 1991).

Частота рождаемости детей с ВРГН в Азербайджанской республике составляет 1:800 (Юсубов Ю. А, Мехтиев Э. С.,1991). Данная патология наиболее часто встречается в таких районах как: Имишли, Сабирабад, Закатала, Гах, Балакян.

Исследования Гараева З. И. (2000) в различных центральных районах Азербайджана, таких как Ленкорань – Астара, Шеки – Закатала, а также в Губе, Хачмаз и Товузкой зонах, выяснило что, частота рождаемости детей с ВРГН по отношению к здоровым новорожденным составляет 1:366.

ВРГН является дефектом нарушения развития: патологически влияет на дыхательную систему, слуховой аппарат, акт речи, а также на нервную систему. Речь у пациентов с ВРГН нарушена, в связи с чем они не могут социально - адаптироваться. Реабилитация этих пациентов достаточно сложна и поэтому необходим комплексный подход к ее реализации (Шадлинская Р. В., 2008).

Актуальным вопросом для челюстно-лицевых хирургов является не только изучение причин возникновения и методов лечения ВРГН, но также профилактики их развития (Elavenil P., 2014; Serryth D., 2013; Tokunbo A.A., 2014; Tolarova M.T., 2014).

Изучение влияния ВРГН на анатома-функциональное нарушение у детей и взрослых не потеряло свою актуальность и поэтому по сей день проводятся глубокие исследования на эту тему (Юсубов А.А., 2007; Маммедов А.А., 1998). Изучение реабилитации больных, а также эффективности оздоровительных мероприятий является немаловажным вопросом (Mehdiyev E.S., 2010; Амирасланов А.Т., 1977; Антонов О.В., 2011; Астафьева Н.Г., 2006).

Многие авторы отмечают, что удовлетворительный результат разговорной речи у пациентов после ураностафилопластики (УП)

напрямую зависит от логопеда. К примеру, Ю. А. Юсубов (2011) отмечает, что во многих регионах Азербайджана логопедическая помощь совершенно отсутствует. Необходимо отметить, что после проведенной УП важным вопросом остается восстановление анатомической структуры неба, качественной речи и достижения нормального развития верхней челюсти.

Характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии по определению ВОЗ – (КЖ) Качество жизни (Ковалев К.А, Здзитовецкий Д.Э., 2015).

Качество жизни связанное со здоровьем (КЖСЗ) термин – который изучая вопросы КЖ в медицине, сосредотачивается на связанных с болезнью функциональных возможностях, а также на субъективном восприятии пациентом состояния здоровья и выраженности симптомов болезни. В последнее время параметрам КЖ больных стали уделять большое внимание, это связано с развитием такого научного направления, как доказательная медицина (Антонов О.В. Крипцова Л.А., 2011). Единого определения понятия КЖСЗ не существует. Исходя из определения ВОЗ понятия здоровья и резюмируя ранее введенные в практику определения, можно заключить, что КЖСЗ – это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества.

Изучая литературу, было выяснено, что огромное внимание уделяется лечению пациентов с ВРГН. Однако вопрос оценки результатов хирургического лечения ВРГН с позиций самооценки больного освещен недостаточно. Также следует отметить, что в литературе отсутствует специальная анкета для оценки КЖ пациентов после УП, и не изучено КЖ больных на этапах реабилитации. Все это подтверждает необходимость создания специальной анкеты для оценки КЖ пациентов после УП и изучения КЖ указанных больных на этапах реабилитации.

Отсутствие алгоритма реабилитации этой категории пациентов нацелило на необходимость создания алгоритма на основании данных о КЖ и выполнения комплексной программы реабилитации у лиц перенесших операцию УП.

Все вышеуказанное послужило причиной основательного изучения нами этой патологии, которая имеет важное медико-социальное значение.

Целью исследования является повышение качества жизни пациентов после ураностафилопластики.

Задачи исследования:

1. Разработать специальную анкету для оценки КЖ данного контингента.
2. Изучить КЖ указанных пациентов на этапах реабилитации.
3. На основании данных о КЖ разработать алгоритм реабилитации этой категории пациентов.

Научная новизна исследования.

- На основании существующих критерий КЖ, разработана специальная анкета для оценки КЖ пациентов после УП.
- Проведено комплексное изучение КЖСЗ, пациентов после УП.
- Разработан диагностический метод самооценки проведенных реабилитационных мероприятий как со стороны врача, так и пациента.
- Разработан алгоритм индивидуальной программы реабилитации этих пациентов.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Изучение КЖ пациентов создает оптимальные условия для повышения эффективности реабилитации;
2. Разработанный опросник является высокоэффективным инструментом для оценки КЖ пациентов после УП, и положительно влияя на реабилитацию пациентов, приводит к улучшению КЖ.
3. Разработанный нами алгоритм способствовал успешному проведению реабилитационных мероприятий.

Практическая значимость полученных результатов:

Созданная нами специальная анкета на азербайджанском языке позволит широко использовать этот инструмент для оценки КЖ в практике челюстно-лицевого хирурга.

Разработанный нами алгоритм для реабилитации лиц перенесших УП, будет способствовать повышению КЖ этих пациентов.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практику работы отделения челюстно-лицевой хирургии Клинического Медицинского центра. Разработанный алгоритм, а также анкета, внедрены в учебный процесс

на кафедре хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского Медицинского Университета.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на 7-ом международном конгрессе турецкого общества челюстно – лицевых хирургов АСВІD (Турецкая республика, Анталия 29 Мая – 2 Июня, 2013), 21-ом международном конгрессе челюстно – лицевых хирургов (Испания, Барселона 21 - 24 Октября, 2013), 2-ом Международном конгрессе и выставки посвященной полости рта и зубам Omics Publishing Group (Объединенные Арабские Эмираты, Дубай, 21-23 Апреля, 2014), 8-ом международном конгрессе турецкого общества челюстно – лицевых хирургов АСВІD (Турецкая республика, Анталия 28 Мая – 1 Июня, 2014). Работа была апробирована на заседании кафедры хирургии полости рта и челюстно-лицевой хирургии Азербайджанского медицинского университета (протокол № 12, 30 Июня, 2015 года), и на заседании апробационного совета при диссертационном совете FD 03.015 в Азербайджанском Медицинском Университете (протокол № 11, 6 ноября, 2015 года).

Публикации: По теме диссертационной работы опубликовано 10 работ, из них 5 статей и 5 тезисов.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из следующих глав: введение, обзора литературы, главы описания материалов и методов исследования, результатов анализа собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, указателя литературы и приложения.

Работа изложена на 145 страницах компьютерного текста, содержит 18 таблиц, 6 диаграмм 24 рисунка. Библиографический указатель включает 177 работ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для субъективной оценки пациентами отдаленных результатов их лечения нами был проведен анализ архивного материала, а также анкетирование 78 пациентов, перенесших ранее ураностафилопластику. Операции были проведены, в период 1992-2015 г., на клинической базе кафедры «Хирургии полости рта и челюстно – лицевой хирургии» АМУ в отделение челюстно – лицевой хирургии Клинического Медицинского Центра г. Баку.

В результате анкетирования, а также обследования пациентов было выяснено что, возрастной интервал составил от 2-х до 39- ти лет. Средний возраст составил $13,7 \pm 0,92$ лет.

Распределение пациентов на группы было соответственно установленному диагнозу (Таблица 1).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и диагнозу

Группы обследованных Диагноз/название операции	количество обследованных		Возраст обследованных (годы)		
	обс.	%	$M \pm m$	min	max
I гр. – врожденная расщелина твердого и мягкого неба/ ураностафилопластика	23	$29,5 \pm 5,16$	$12,3 \pm 1,31$	2	26
II гр. – врожденная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба/ ураностафилопластика	46	$59,0 \pm 5,57$	$14,6 \pm 1,35$	3	39
III гр. – врожденная расщелина мягкого неба / стафилопластика	9	$11,5 \pm 3,62$	$12,8 \pm 2,13$	8	26
Всего	78	100	$13,7 \pm 0,92$	2	39

Пациенты были подразделены, в зависимости от диагноза, на три группы. К I-ой группе относятся 23 пациента с диагнозом врожденная расщелина твердого и мягкого неба, Ко II-ой группе 46 пациентов с диагнозом – врожденная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Пациенты I и II-ой группы перенесли УП, К III-ей группе относятся 9 пациентов с диагнозом

врожденная расщелина мягкого неба. Пациенты III-ей группы перенесли стафилопластику.

Эти же пациенты были распределены по полу, В I-ой группе было 14 пациентов женского пола и 9 пациентов мужского пола. Во II-ой группе 9 пациентов женского пола и 37 пациентов мужского пола. К III-ей группе относятся 6 пациентов женского пола и 3 пациента мужского пола.

Опрос приглашенных пациентов был проведен при помощи созданной нами специальной анкеты. Выбор данного инструмента исследования КЖ основан на том, что широко распространенным методом – “инструментом” оценки КЖ в различных областях медицины является опросник, это и указало нам на необходимость создание нового “инструмента” - анкеты. Анкета была создана на азербайджанском языке, а также была создана его русскоязычная и англоязычная версия для использования за рубежом.

В связи с обширностью изучаемой темы, в нашем исследовании мы ограничились той частью общей оценки результатов реабилитации касающейся косметических параметров – оценкой состояния неба, зубных рядов и окклюзионных взаимоотношений, а также речи у лиц перенесенных УП. Более подробно были изучены проведенные реабилитационные мероприятия, т.е. оценивались комплексные методы лечения с привлечением таких специалистов как челюстно-лицевой хирург, логопед, ортодонт, стоматолог.

Реабилитация пациентов перенесших ураностафилопластику требует тщательного контроля качества проведенных мероприятий. Для решения этой задачи нами использовалась схема обследования пациентов, включающая в себя: клинические методы исследования, фотографирование, а также видеозапись.

Клинические методы исследования. Для оценки качества лечения необходимо проводить тщательный локальный осмотр. При осмотре твердого и мягкого неба выяснялось наличие послеоперационных дефектов, разная степень подвижности мягкого неба, состояние послеоперационных рубцов. Фотографирование проводилось в нескольких проекциях. Фотографирование пациента в анфас, пациент прямо смотрит в объектив камеры. Лицо расслаблено, губы слегка касаются. В кадр попадает голова, шея и плечи пациента. Затем, проводилось фотографирование носогубной области – методика та же, как и при съемке в анфас, только в кадр попадает лишь лицо. Фотографирование зубных рядов в сомкнутом

состоянии (при возможности используется ретрактор для губ), фотографирование области неба.

В нашем исследовании мы использовали цифровую фотокамеру Sony Cybershot 16,2 megapixels. Полученные снимки заносили в компьютерную базу данных. Для каждого пациента создавалась папка, которая получала имя пациента и в будущем при необходимости в эту папку вносились данные пациента.

Для определения речи проводилась видеозапись с помощью фотоаппарата, либо мобильного устройства. Запись проводилась, максимум в течение минуты. Пациент читал стихотворение из анкеты на удобном ему языке, а также произносил такие буквы как "р", "л", "с", "з", "ш". Если пациент не умел читать, то в этом случае он говорил информацию о себе. Проведенная видеозапись также вносилась в базу данных. Затем высылалась специалисту. На основании, полученного видео мы, будучи челюстно-лицевыми хирургами могли оценить речь как нормальную, или нарушенную, и отметить это в анкете. Затем пациент направлялся к логопеду для более тщательной диагностики, а также назначения курса лечения.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась методами вариационной статистики с использованием программы "Medcalc" и табличного редактора Microsoft Excel. Достоверность различий между показателями определялись по методу Стьюдента (t-критерий) и точного метода Фишера. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках проводимого исследования был проведен анализ 78 пациентов, перенесших операцию ураностафилопластика. После полного исследования был проведен всесторонний анализ клинического материала. Все пациенты, явившиеся на контрольный осмотр, были обследованы при помощи созданной нами специальной анкеты. При этом пациенты были подразделены на три группы в зависимости от диагноза. К I-ой группе относятся 23 пациента с диагнозом врожденная расщелина твердого и мягкого неба, К II-ой группе 46 пациентов с диагнозом врожденная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба. Пациенты I и II-ой группы перенесли УП, К III-ей группе относятся 9 пациентов с диагнозом

врожденная расщелина мягкого неба. Пациенты III-ей группы перенесли стафилопластику (Рис. 1).

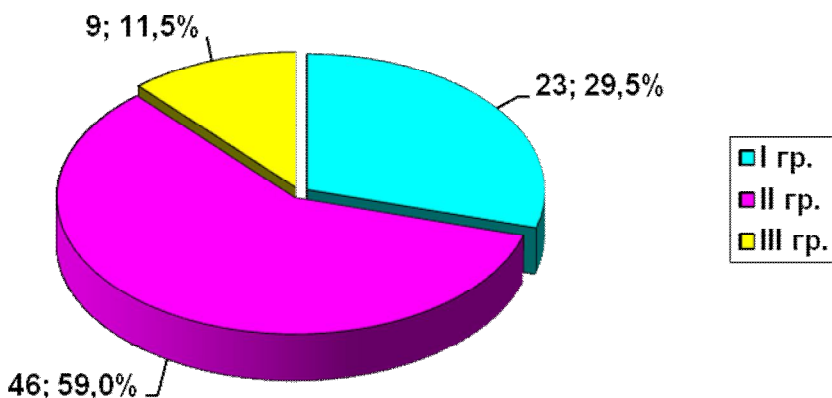


Рис. 1 Распределение обследованных групп

Первым делом собиралась информация о реакции родителей на рождение ребенка с патологией челюстно-лицевой области. В результате чего было выяснено, что $82,0 \pm 4,35\%$ отнеслись к рождению таких детей депрессивно. Учитывая цели и задачи настоящего исследования, опросу больных, сбору жалоб и анамнеза заболевания уделялось особое внимание. В результате проведенного опроса 78 пациентов перенесших УП, по нашим результатам было выяснено, что $84,6 \pm 4,09\%$ пациентов не удовлетворены уровнем своей жизни. Однако все же $15,4 \pm 4,09\%$ человек пытаются скрыть свое неудовлетворительное отношение, несмотря на все перенесенные трудности в связи с этой патологией, из них $17,4 \pm 7,90\%$, относились к I группе. Ко II-ой группе $15,2 \pm 5,30\%$ и к III группе $11,1 \pm 10,48\%$ пациентов.

В первой группе при $82,6\%$ не удовлетворенных уровнем жизни, у $47,8\%$ речь находится в пределах нормы. Во второй группе при $84,8\%$ не удовлетворенных уровнем жизни, у $50,0\%$ речь находится в пределах нормы. В третьей группе у $88,9\%$ речь находится в пределах нормы. Таким образом, выяснено, что из $84,6\%$ пациентов не удовлетворенных уровнем жизни, у $53,8\%$ речь находится в

пределах нормы. Что касается прикуса у пациентов двух групп перенесших УП, и пациентов третьей группы перенесших стафилопластику, встречались I, II, а также III класс окклюзии по Энглю. В первой группе общее количество пациентов 23, из них у $43,5 \pm 10,34$ % пациентов I класс окклюзии, у $13,0 \pm 7,02$ % пациентов II, у $43,5 \pm 10,34$ % пациентов III класс окклюзии. Во второй группе общее количество пациентов 46, из них у $34,8 \pm 7,02$ % пациентов I класс окклюзии, у $15,2 \pm 5,30$ % пациентов II, у $50,0 \pm 7,37$ % пациентов III класс окклюзии. В третьей группе общее количество пациентов 9, из них у $55,6 \pm 16,56$ % пациентов I класс окклюзии, у $22,2 \pm 13,86$ % пациентов II, у $22,2 \pm 13,86$ % пациентов III класс окклюзии.

Из 78 пациентов лишь $21,8 \pm 4,67$ % лечились у логопеда, из них $16,7 \pm 4,22$ % человек из города и $5,1 \pm 4,22$ % человека из села. Что касается окклюзии, также $21,8 \pm 4,67$ % пациентов получили лечение у ортодонта, из них $14,1 \pm 3,94$ % человек из города и $7,7 \pm 3,02$ % человек из села.

Объективное исследование пациентов показало, что 36 человек ($46,1\%$) нуждаются в логопедическом, а также ортодонтическом лечении. Основной жалобой пациентов была зубочелюстная деформация, а также нарушение речи. Однако интересным оказался тот факт, что при осмотре этих больных, объективном обследовании были обнаружены более выраженные патологические состояния, требующие проведения дополнительных лечебных мероприятий – сложного ортодонтического лечения, хирургических вмешательств – костной пластики альвеолярного отростка, пластики верхнего свода преддверия рта, устранения дефектов твердого и мягкого неба, ортогнатических операций.

Итак, результаты анкетирования пациентов после УП при помощи азербайджаноязычной версии анкеты показали, что в первой группе общее количество обследованных было 23, возраст обследуемых городского населения составлял $9,5 \pm 1,17\%$ (2 - 19 лет), в селе $17,7 \pm 2,01\%$ (9 - 26 лет) что в среднем составляло $12,3 \pm 1,31\%$. Во второй группе 46, возраст обследуемых городского населения $13,0 \pm 2,04\%$ (3 - 39 лет), в селе $16,0 \pm 1,78\%$ (4 - 35 лет). В среднем $14,6 \pm 1,35\%$. В третьей группе общее количество 9 человек, возраст обследуемых городского населения $13,2 \pm 2,99\%$ (8 - 26), в селе $12,0 \pm 3,06\%$ (8 - 18). В среднем $12,8 \pm 2,13\%$ (Таблица 2).

Показатели КЖ, полученные при помощи анкеты, выявили достоверные отличия после оперативного вмешательства: родители

пациентов отмечали облегчение в приеме пищи, довольны эстетическим результатом. Надо отметить что, несмотря на

Таблица 2

Характеристика обследованных по возрасту и месту проживания

Группы Обследованных	Количество обследованных	Возраст обследованных (годы)		В среднем
		Город	Село	
I группа	23	9,5±1,17 (2 – 19)	17,7±2,01 * (9 – 26)	12,3±1,31
II группа	46	13,0±2,04 (3 – 39)	16,0±1,78 (4 – 35)	14,6±1,35
III группа	9	13,2±2,99 (8 – 26)	12,0±3,06 (8 – 18)	12,8±2,13
В среднем	78	11,8±1,20 (2 – 39)	16,1±1,33 * (4 – 35)	13,7±0,92

Примечание: * - различие относительно показателя города статистически достоверно, $p < 0,05$.

своевременно и правильно проведенную операцию пациенты, и их родители все таки отмечали низкий уровень качества жизни. Жалобы были направлены в основном на неправильный прикус, отсутствие правильной и четкой речи. Эти неудобства пациенты испытывали по ходу всей своей жизни. Изучая КЖ, решили определить возраст, в котором они начали ходить в школу. Средний возраст пошедших в школу вообще 5-8 лет (6,7±0,07 %). В первой группе 6-7 лет – (6,8±0,10 %), во второй группе 5-8 лет – (6,7±0,11 %), в третьей 6-7 лет – (6,4±0,18 %). Общее количество детей пошедших в школу в ≤ 6 лет 22. Из них 4 находились в первой группе, во второй группе 13 и в третий группе 5 человек. Лица, пошедшие в школу в семь лет 39 человек. Среди них 14 человек отнесли к первой группе, 21 ко второй и 4 ребенка к третьей. Дети, пошедшие в школу в восемь лет всего лишь 3. Все они отнесли ко второй группе. Что касается отношений в школе, у 60 человек в пределах нормы. Лишь 4 пациента (6,3±3,03 %) отметили агрессивное отношение в школе. Двое отнесли к первой группе и двое ко второй группе. Агрессивное отно-

шение в третьей группе не отмечал никто. Интерес к учебе отметили 53 человека, у 20 обследуемых интереса к учебе не было вообще. Успеваемость у 51 пациентов была хорошая, у 22 плохая. Отношение за пределами школы и семьи у 73 обследуемых было в пределах нормы. У четырех агрессивное, и лишь один человек отметил аутизм, этот пациент был из второй группы исследуемых. В свою очередь из четырех обследуемых отмечающих агрессивное отношение за пределами школы, двое из первой группы и двое из второй группы. Общее количество школьников составляло 37, что составляет $47,4 \pm 5,65\%$, из них 10 отнеслись к первой группе, 21 ко второй и 6 к третьей. Общее количество безработных обследуемых 16, а именно $20,5 \pm 4,57\%$. Из них пять обследуемых относятся к первой группе, восемь пациентов ко второй и три человека к третьей группе. Среди обследуемых были обнаружены и те, кто работают, однако работа была низкооплачиваемая. Общее количество работающих 14 человек, $18,0 \pm 4,35\%$, трое из которых относились к первой группе, 11 ко второй группе. Среди пациентов без образования три человека и все трое, относятся ко второй группе. С неполным средним, образованиям также три человека в свою очередь один человек в первой группе, и два человека во второй группе. Большая часть обследованных имели полное среднее образование 24 человека. Из них 7 относились к первой группе, 14 ко второй и 3 к третьей. Среди обследованных, 24 человека не создали семью (Таблица 3).

Таким образом, исходя из этих данных получается, что КЖ у пациентов перенесших УП, не особо отличается от пациентов с врожденной расщелиной неба. Отличия заключалось лишь в том, что лица, перенесшие УП не имели проблему с глотанием, жеванием, скажем так эстетикой. Таким образом, выясняется, что проведение операции еще не означает полное излечение. А также совсем не говорит о том, что пациент всегда доволен результатом! Пациенты прошедшие полную реабилитацию, с момента операции и после окончания, регулярно посещали врача, следовали всем наставлениям лечащего врача, своевременно обращались к ортодонту, логопеду. Изучая этих пациентов нужно отметить, что они достаточно жизнерадостные, успешные в школе и в работе имеют друзей. Не видят своего отличия от здоровых людей и считают результат операции, и реабилитации благополучным и считают КЖ нормальным. Результаты наших исследований показывают, что своевременный курс реабилитации позволяет пациентам миновать

жалобы. Это подтверждает необходимость своевременно начинать реабилитацию этих пациентов. Пациенты, которые не прошли, либо

Таблица 3

Социальный статус пациентов в период обследования

Показатели	Количество обследованных							
	Всего (n=78)		I группа (n=23)		II группа (n=46)		III группа (n=9)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Социальное положение:								
Дошкольник	11	14,1±3,94	5	21,7±8,60	6	13,0±4,97	-	
Школьник	37	47,4±5,65	10	43,5±10,34	21	45,7±7,34	6	66,7±15,71
Студент	-		-		-		-	
Безработный	16	20,5±4,57	5	21,7±8,60	8	17,4±5,59	3	33,3±15,71
средний рабочий класс	14	18,0±4,35	3	13,0±7,02	11	23,9±6,29	-	
Образование: неполное Среднее	3	3,8±2,18	1	4,4±4,25	2	4,4±3,01	-	
Среднее	24	30,8±5,23	7	30,4±9,59	14	30,4±6,78	3	33,3±15,71
без образования	3	3,8±2,18	-		3	6,5±3,64	-	
Семейное положение (≥18 лет):	n=24		n=4		n=17		n=3	
Женат/замужем	-		-		-		-	
Холостой/ая	24	100	4	100	17	100	3	100

прошли не полную реабилитацию со стороны специалистов, это в основном взрослые пациенты, так как в данном случае можно более подробно определить результат не оконченного лечения. Под не-

полной реабилитацией мы подразумеваем тех пациентов, которые по той или иной причине не продолжили лечение у ортодонта, либо у логопеда. Пациенты и их родители отказывались от продолжения лечения. Причиной отказа от продолжения либо начало реабилитации оказались следующие. Родители и сами обследуемые отмечали: отсутствие средств, отсутствие эффекта лечения, отсутствие специалиста по месту жительства.

Подробно изучая больного мы пришли к такому выводу что на реабилитацию пациента после УП влияло место проживания пациента (город или село). К примеру, изучая обращение к ортодонту выяснилось, что среди 17 человек 11 обративших были из города Баку. В свою очередь, среди лиц, проживающих в селе лишь 6 человек обратились за помощью к ортодонту. Что касается количество обращаемых к логопеду, и уровня речи статистический анализ указывает на то, что среди 78 обследуемых, 42 человека ($53,8 \pm 5,64$ %) имели удовлетворительную речь. Из них 24 человека были жители города Баку и 18 человек жители села. Среди них 10 лечились со стороны логопеда, 32 нет. Те пациенты, которые не были городским населением не имели возможности регулярно посещать логопеда, но усиленно занимались речью со своими родителями дома, и их труд не был безрезультатным. Среди 42 пациентов обладающих хорошей речью 10 человек с которыми занимались родители и 32 пациента не лечились у логопеда. Исследование показало, что речь пациентов которые вообще не посещали логопеда была гораздо хуже тех с кем занимались родители. Успеваемость в школе пациентов с которыми занимались родители были более результативными. Их отношение с окружающими были нормальные. Пациенты отмечали КЖ нормальным.

Статистика показала, что у 36 пациентов ($46,2 \pm 5,64$ %) речь нарушена. Из них 19 были жители города Баку и 17 человек жители села. Среди них 7 лечились у логопеда, 29 нет.

В заключение необходимо отметить, что из выше указанного вытекает, что своевременное начало реабилитации влияет на дальнейшее становление личности пациента перенесшего УП, что является важным социально-экономическим вопросом. Своевременное лечение у ортодонта, восстановившего зубной ряд, позволяет пациенту правильно жевать, уменьшает риск нагрузки на суставную головку, создает красивую улыбку. Своевременное обращение к логопеду и начатое им лечение также имеет важное значение, для

дальнейшего становления личности больного. Нарушение речи затрудняет получения образования, учебу в школе, т.к. больной сталкивается с насмешками своих сверстников. Отрицательно влияет на отношения с противоположным полом и обычно препятствует созданию семьи. Все это влияет на параметры КЖ этой категории пациентов.

ВЫВОДЫ

1. Оценка качества лечения у 78 пациентов после ураностафилопластики выявило, что более $46,1 \pm 5,64$ % обследуемых не получили надлежащего реабилитационного лечения.

2. Доказано, что разработанный нами алгоритм обследования и лечения пациентов перенесших ураностафилопластику позволяет своевременно провести реабилитационные мероприятия у этого контингента больных.

3. Установлено, что своевременно проведенные комплексные реабилитационные мероприятия у пациентов после ураностафилопластики способствуют заметному повышению качества жизни в $46,1 \pm 5,64$ % случаев.

4. Выявлено, что качество речи у лиц перенесших стафилопластику в $88,9 \pm 10,48$ % случаев намного лучше, чем у пациентов перенесших ураностафилопластику.

5. Установлено, что созданная нами адаптированная азербайджаноязычная версия анкеты обследования больных обладает высокой надежностью, достоверностью и диагностической чувствительностью.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Необходимо вносить единоструктурную информацию обо всех родившихся с расщелинами неба детей в базу данных каждого хирурга, практикующего в этой области.

2. Через 3,6 месяцев, год и нескольких лет после перенесенной УП необходимо постоянно вызывать пациентов на повторное обследование и своевременно направлять их к необходимым специалистам. Следует проводить комплекс диагностических мероприятий, результаты которого должны фиксироваться в созданную нами специальную анкету – т.е. проводить диспансеризацию больных.

3. Для оценки характера развития верхней челюсти и лица на этапах лечения предлагаем обязательный комплекс диагностических мероприятий, состоящий из фотографирования в стандартных проекциях, оценки соотношения зубных рядов.

4. Предлагаем создание реабилитационного центра и применение специальной анкеты, база данных, которой позволит более эффективно проводить реабилитацию больных.

5. Применение азербайджаноязычной адаптированной версии анкеты рекомендуется для комплексной оценки результатов хирургического лечения и послеоперационного мониторинга состояния пациентов после УП.

6. Применение созданного нами алгоритма позволит более эффективно проводить реабилитацию пациентов после УП.

Список работ, опубликованных по теме диссертации:

1. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Курбанов В. А. The quality of life in patients with cleft palate treated with surgery after 14 years without orthodontics treatment. // 7-ci Beynalxalq ACBID Kongresi Antaliya- Türkiyə 2013, с. 84
2. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Курбанов В. А. The quality of life in patients with cleft palate treated with surgery after 14 years without orthodontic treatment. // 21-ci Beynalxalq Ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi Konfransı Barselona İspaniya 2013.
3. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Юсубов А. А. Состояние зубочелюстной системы у больных после ураностафилопластики. // Сборник научных трудов Всероссийской научно- практической конференции, посвященный 100-летию со дня рождения проф. М.М.Максудова Дагестан 2013, с. 75-77.
4. Сабрин Али Азим. The quality of life in patients after cleft palate surgery. // 2nd International Conference and Exhibition on Dental and Oral Health. Omics Publishing Group 21-23 April, 2014, UAE, Dubai, p.64
5. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Юсубов А. А. Состояние зубочелюстной системы у больных после ураностафилопластики и ее влияние на качество жизни. // Sağlamlıq, 2014, №2, с.133-135
6. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Юсубов А. А. So What about the quality of life after cleft palate surgery?! // 8-ci Beynalxalq ACBID Kongresi Antaliya- Türkiyə 2014, с. 14
7. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Курбаналиева Г. И. Üz-çənə nahiyəsinin anadangəlmə tibbi - sosial aspektləri. // Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri, N20, Bakı, 2014, s.15-19
8. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Халид А. Д. Анализ качества реабилитации пациентов после ураностафилопластики методом фотографирования и видеозаписи. // Sağlamlıq, 2015, №1, s.50-53
9. Юсубов Ю. А., Сабрин Али Азим., Юсубов А. А. Оценка качества жизни у лиц перенесших операцию ураностафилопластики. // Qafqazın Stomatoloji Yenilikləri, N 21, Bakı, 2015, s.14-18.
10. Сабрин Али Азим., Юсубов А.А., Исаев Ш. Р. Оценка разговорной речи после поздней ураностафилопластики. // Известия ДГПУ. Дагестан, 2015 N1, с.103-106.

SABRİN ALİ MOHAMMED AZİM

URANOSTAFİLOPLASTİKADAN SONRA XƏSTƏLƏRDƏ HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ

XÜLASƏ

Elmi işin məqsədi xəstələrdə uranostafiloplastikadan sonra həyat keyfiyyətinin öyrənilməsi və yüksəldilməsi olmuşdur. İş ATU-nun ağız və üz-çənə cərrahiyyəsi kafedrasının kliniki bazası Klinik Tibbi Mərkəzinin üz- çənə cərrahiyyə şöbəsində 1992–2015 illər ərzində uranostafiloplastika əməliyyatı keçirilən xəstələr üzərində aparılmışdır.

Xəstələri müayinə məqsədi ilə tərəfimizdən hazırlanan xüsusi anketdən istifadə edilmişdir. Xəstələrin ümumi sayı 78 olmuşdur. Diaqnoza əsasən xəstələr 3 qrupa bölünmüşdür. Bunlardan: anadangəlmə sərt və yumşaq damağın yarığı diaqnozu ilə, sonradan uranostafiloplastika əməliyyatı keçirmiş 23 nəfər I qrupa, anadangəlmə alveol çıxıntısı, sərt və yumşaq damağın yarığı diaqnozu ilə uranostafiloplastika əməliyyatı keçirmiş 46 nəfər II qrupa, və yumşaq damağın yarığı diaqnozu ilə stafiloplastika əməliyyatı keçirmiş 9 nəfər III qrupa daxil olunmuşdur.

Xəstələrin müalicəsində kliniki müayinə üsulları, fotometriya və video çəkiliş kimi ənənəvi diaqnostik üsullardan istifadə edilmişdir. Uranostafiloplastikadan sonra xəstələrin müalicəsinin nəticəsinin təhlil edilməsi müəyyən etdi ki, $46,1 \pm 5,64\%$ -dan çox xəstələr müvafiq reabilitasiya müalicə tədbirləri almamışdır. Uranostafiloplastikadan sonrakı xəstələr üçün hazırlanmış alqoritm reabilitasiya tədbirlərini asanlaşdırır. Bu xəstələrdə vaxtında aparılmış kompleks reabilitasiya tədbirləri həyat keyfiyyətinin yüksəlməsinə səbəb olur. Nitqin keyfiyyətinin öyrənilməsi onu göstərir ki, düzgün cərrahi əməliyyatın aparılması və vaxtında loqopedə müraciət etmək nitqin yaxşı olmasına təsir edir. Hazırlanmış anket əsasında xəstəliklə əlaqədar həyat keyfiyyətinin kompleks şəkildə öyrənilməsi və onun müəyyən dərəcədə yaxşılaşdırılması mümkündür.

SABRIN ALI MOHAMMED AZIM

THE QUALITY OF LIFE AFTER CLEFT PALATE SURGERY

SUMMARY

The aim of the study was increasing the quality of life in patients after cleft palate surgery. The study was made in the department of maxillofacial surgery of Clinical Medical Center which is base for Oral and maxillofacial surgery department of Azerbaijan Medical University. The study was performed on 78 patient who had cleft palate surgery between 1992 - 2015 years, in the department of maxillofacial surgery of Clinical Medical Center.

Nowadays using the adopted criteria of the World Health Organization, disease-related to the quality of life are studied in many different branches of medicine. The patients were interviewed with given parametres by special questionnaire which was made by us.

The total number of the patients were 78. The patients were devided in three groups due to the diagnosis. 23 patients with cleft palate surgery were in first group, 46 patients with cleft palate surgery were in second group and 9 patients with soft palate cleft surgery were in third group. Within the treatment of the patients the methods of diagnosis such as clinical check up, video recording and phooto taking were used. In patients after cleft palate surgery, it was shown that more than 46,1±5,64% patients hadn't any rehabilitation after surgery. Developed algorithm for the patients after cleft palate surgery semplefies the rehabilitation after surgery. The rehabilitation which is made on time increase the quality of life. The examination of speech showed that right surgical approach and treatment by the speech therapeutist on time gives a positive result in speech. It's possible to study and improve the quality of life related to the disease by using the special questionnaire, which was made by us.

Kağız formatı 60x84 ¹/₁₆.
Sifariş 660 Tiraj 100.

Azərbaycan Tibb Universitetinin
mətbəəsində çap edilmişdir.

Tel.: 595-55-76

AZƏRBAYCAN RESPUBLİKASININ
SƏHIYYƏ NAZİRLİYİ

AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ

Əlyazması hüququnda

SABRİN ALİ MOHAMMED AZİM

**URANOSTAFİLOPLASTİKADAN SONRA XƏSTƏLƏRDƏ
HƏYAT KEYFİYYƏTİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ**

3226.01– Stomatologiya

Tibb üzrə fəlsəfə doktoru elmi dərəcəsi
almaq üçün təqdim edilmiş dissertasiyanın

A V T O R E F E R A T I

Bakı – 2016