

В. Н. Подгайский, Х. М. Рустамов, С. Ю. Мечковский

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ СО СТОЙКИМ ЛИЦЕВЫМ ПАРАЛИЧОМ ПОСЛЕ ИХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

В данной работе дано понятие качества жизни (КЖ) в медицине. Подчеркнута психоэмоциональная составляющая заболевания при стойком лицевом параличе. Описаны и проанализированы основные инструменты для изучения качества жизни пациентов с лицевым параличом. Дана оценка основным шкалам оценки КЖ, используемым при оценке эффектов хирургического лечения лицевого паралича. Проанализирована динамика КЖ у 14 пациентов, после хирургического лечения паралича различными методиками с применением опросника SF-36. Проведена оценка основных показателей опросника, выявлена корреляция с литературными данными. Сделан вывод о необходимости дальнейшего изучения показателей оценки КЖ и адаптации специфических шкал для оценки КЖ пациентов с лицевым параличом.

Ключевые слова: лицевой паралич, лицевой нерв, неврит лицевого нерва, качество жизни, SF-36.

V. N. Podgaisky, Kh. M. Rustamov, S. Yu. Mechkovsky

QUALITY OF LIFE ANALYSIS AFTER SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH FACIAL PARALYSIS

In this paper, the concept of life quality in medicine is given. The psychoemotional component of the disease with persistent facial palsy is emphasized. The main tools for studying the quality of life of patients with facial paralysis are described and analyzed. The main scales of assessment of QoL, used in assessing the effects of surgical treatment of facial paralysis, are evaluated. The dynamics of QoL was analyzed in 14 patients, after surgical treatment of facial paralysis by various methods using the SF-36 questionnaire. The main indicators of the questionnaire were evaluated, correlation with literature data was revealed. It was concluded that it is necessary to further study the parameters of QoL evaluation and adaptation of specific scales to assess QoL of patients with facial paralysis.

Keywords: facial paralysis, facial nerve, facial palsy, SF-36, quality of life.

В последние годы в мире широко используется понятие «качество жизни». Согласно определению ВОЗ качество жизни (КЖ) — «это индивидуальное соотношение положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценности этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства» [2].

При стойком лицевом параличе нарушается не только эстетическое восприятие человека. Проявляются нарушения дикции, невозможность адекватного принятия пищи, вследствие недостаточности тонуса мышц рта. Значительной проблемой является паралитическая слабость мышц нижнего века, ведущая к кератиту, а при отсутствии должного ухода и к частичной или полной потере зрения. Кроме того, асимметрия лица в покое и невозможность выражения эмоций мимикой ведёт к нарушению самоидентификации пациентов, развитию депрессивных состояний, замкнутости, изменению характера. [4]

Люди со стойким лицевым параличом, часто бросают работу не вследствие утраты каких-либо физических функций, обеспечивающих трудовой процесс, но из-за психологических трудностей, коммуникационных проблем, вследствие приобретенного эстетико-функционального дефекта [4]. Они становятся чрезвычайно замкнутыми, теряют круг общения.

Лечение продолжается годами, но полного выздоровления так и не наступает, возникает ограничение жизненных и социальных функций и достоверное снижение КЖ. [5]

В клинической практике для выраженности лицевого паралича широко применяется шкала House-Brackman, предложенная в 1985 году. Она представляет собой оценку неэффективности «двигательной» функции мимических мышц и оценивается врачом. Для оценки «недвигательного» компонента (то есть всего комплекса психологических трудностей, коммуникационных проблем) неэффективности пациентов с лицевым параличом должны использоваться шкалы, оцениваемые пациентом, разного рода опросники и инструменты оценки КЖ. Учитывая выраженный «недвигательный» компонент в патологическом действии лицевого паралича, оценка КЖ видится чрезвычайно важной.

Основные инструменты для изучения КЖ — это стандартизированные опросники (индексы и профили), составленные с помощью психометрических методов. В современных опросниках признаки, содержащиеся в шкалах, отбираются с помощью методов стандартизации и затем изучаются на больших выборках больных. В дальнейшем отобранные признаки составляют основу для тщательно сформулиро-

ванных вопросов и вариантов ответов, выбранных по методу суммирования рейтингов.

После процедуры культурной и языковой адаптации каждый опросник подвергается проверке его психометрических свойств: надежности, валидности и чувствительности:

надежность (reliability) – это способность опросника давать постоянные и точные измерения;

валидность (validity) – способность опросника достоверно измерять ту

основную характеристику, которая в нем заложена;

чувствительность (sensitivity to change) – способность опросника давать

достоверные изменения баллов КЖ в соответствии с изменениями в состоянии респондента (например, в процессе лечения).

Для оценки КЖ у пациентов с лицевым параличом в зарубежной литературе наиболее часто применяются следующие три опросника. [3,5,6,7]

FDI (Facial Disability Index) – специфический опросник, представленный в 1996 году и включающий аспекты движения глаз, рта и всего лица и влияющие на эмоциональный фон и ежедневную активность. Он состоит из 10 вопросов, сгруппированных в 2 подгруппы: двигательная функция и социальная функция. [8]

FaCE (Facial Clinimetric Evaluation) – специфический опросник, представленный в 2001 году, который основан на оценке функций различных зон лица. Он состоит из 15 вопросов, сгруппированных в 6 независимых подгрупп: социальная функция, движения лица, комфорт лица, функция рта, комфорт глаза, контроль слезотечения. [9]

SF-36 (Short Form 36-Item Questionnaire) – распространённый неспецифический опросник для оценки КЖ пациента, широко используемый при проведении исследований КЖ в странах Европы и в США. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. [10]

Цель работы – оценить изменения в показателях КЖ у пациентов со стойким лицевым параличом после их хирургического лечения.

Материалы и методы. За период с 2014 года до настоящего времени нами было проведено обследование и лечение 14 пациентов со стойким лицевым параличом различной этиологии, выраженности и срока давности. Пациенты выражали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Лечение проводили в Республиканском центре реконструктивной и пластической микрохирургии на базе микрохирургического отделения УЗ «Минская областная клиническая больница».

Распределение по полу составило: мужчины – 14,3%, женщины – 85,7%. Средний возраст пациентов составил 45,6 лет.

В 79% случаев лицевой паралич явился последствием оперативного лечения опухолей мостомозжеч-

кового угла, в 14% – околоушной слюнной железы и в 7% – прямых травм лицевого нерва.

Давность развития лицевого паралича составляла от 8 месяцев до 8 лет.

Средняя оценка выраженности паралича мимической мускулатуры по шкале House-Brackman составила 5,7 балла.

Аутотрансплантация сегмента нежной мышцы ipsilaterального бедра с формированием микронейрососудистых анастомозов (АТ) была выполнена в 4 (29%) случаях. Транспозиция сухожилия височной мышцы (ТВ) была выполнена в 6 (43%) случаях. Невротизация лицевого нерва нисходящей ветвью подъязычного нерва (НП) была выполнена в 2 (14%) случаях, жевательным нервом (НЖ) – в 2 (14%) случае. Кроме того, 10 пациентам дополнительно были выполнены различного рода корригирующие операции для уменьшения провисания угла рта, брови, щеки, устраненияптоза нижнего века.

Таким образом пациенты были разбиты на 4 группы, согласно проведенным оперативным вмешательствам – 1) АТ n = 4, 2) ТВ n = 6, 3) НП n = 2, 4) НЖ n = 2. Все пациенты были опрошены с применением русскоязычного варианта опросника SF-36 методом анкетирования до и после хирургического лечения. Причём, пациенты из групп № 1, 3, 4 были опрошены спустя 1 месяц после появления первых движений в трансплантированной мышце, пациенты второй группы были опрошены спустя 3 месяца после оперативного лечения.

SF-36 относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Опросник переведён на русский язык, культурно адаптирован и валидирован Международным центром исследования качества жизни (МЦИКЖ). 36 пунктов опросника сгруппированы в 8 шкал. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Результаты предоставляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни. Количественно оцениваются следующие показатели: 1. Physical Functioning (PF) – физическое функционирование – отражает степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей); 2. Role-Physical (RP) – влияние физического состояния на ролевое функционирование – выполнение будничной деятельности; 3. Bodily Pain (BP) – выраженность болевого синдрома; 4. General Health (GH) – общее состояние здоровья – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения; 5. Vitality (VT) – витальность (энергичность) – подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным; 6. Social Functioning (SF) – социальное функционирование – определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение); 7. Role-Emotional (RE) – Влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование; 8. Mental Health (MH) – психическое здоровье – характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, положительных эмоций). [10]

Результаты и обсуждение

При сравнении показателей КЖ пациентов со стойким лицевым параличом до и после оперативного лечения выявлены следующие закономерности.

Динамика изменения показателя Physical Functioning (PF) – не показывало значительных изменений ни в одной из групп, и составило около 3,2, что отражает особенность выборки пациентов и особенность заболевания и показывает, что физическая активность пациента незначительно ограничивается состоянием его здоровья (также возможен вариант трактовки измененный данного показателя, как незначительное влияние или неэффективность хирургического лечения, однако высокие исходные показатели 81,3 говорят о первой гипотезе).

Динамика изменения показателя Role-Physical (RP) чуть более существенны и выделяются в группе №2, где составили 5,6, что свидетельствует о достаточно высокой эффективности транспозиции сухожилия височной мышцы для пациентов, которым показана данная операция. Высокие исходные значения во всех группах (среднее значение 78,5) говорят о том, что повседневная деятельность незначительно ограничена состоянием пациентов.

Высокие исходные значения и практически полное отсутствие динамики показателей General Health (GH) и Bodily Pain (BP) говорят о том, что боль незначительно ограничивает активность пациента и оценка больным своего состояния здоровья, а также жизненных сил и энергии в настоящий момент и перспектив лечения не меняются после оперативного лечения.

Такой показатель как Vitality (VT) был самым низким из исследуемых во всех группах и составил 58,7. Динамика этого показателя в среднем по всем группам составила 3,2, что говорит о том, что результаты хирургического лечения повышают жизненную активность пациента.

Такие показатели как Social Functioning (SF) и Role-Emotional (RE) показали также существенную динамику (4,3 и 3,7 соответственно), что свидетельствует о том, что результаты хирургического лечения помогают пациентам справиться с ограничениями социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. В группах 3,4 динамика показателей была ниже, чем в группах 1 и 2, тогда как исходные значения этих параметров во всех группах были, примерно на одном уровне (75,2).

Динамика показателя Mental Health (MH) была умеренной во всех группах, что говорит о том, что настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций несущественно коррелируют с выполненной хирургической коррекцией. [10]

Полученные нами данные о динамике КЖ 14 пациентов, оперированных по поводу стойкого лицевого паралича, соотносятся и подтверждают литературные данные, в частности проспективного одноцентрового исследования Volk и соавт. 2016 года, которое является самым масштабным из опубликованных на данный момент в сфере анализа изменений «недвигательных» нарушений у пациентов с лицевым параличом. Исследование проводилось на 120 пациентах,

анализировалось применением различных методик лечения лицевого паралича и корреляция изменений в данных оценочных шкал двигательного дефицита и «недвигательных» расстройств. Исследование показало, что повторные оценки «недвигательных» нарушений в процессе лечения лицевого паралича позволяют раскрыть социальный и психологические трудности у данной группы пациентов, не отражаемые стандартными системами оценки двигательной функции. [9]

Таким образом, уровень КЖ у пациентов со стойким лицевым параличом существенно повышается после хирургического лечения.

Оценка КЖ до и после хирургического лечения у пациентов со стойким лицевым параличом является чрезвычайно важным показателем эффективности лечения, учитывая специфику заболевания и наличия «недвигательных» расстройств.

Необходимы дальнейшие исследования, направленные на перевод, культурную адаптацию и валидацию специфичных опросников для пациентов с лицевым параличом, таких как FDI (Facial Disability Index) и FaCE (Facial Clinimetric Evaluation) и их сравнительную оценку и выявление корреляций с опросником SF-36.

Литература

1. Евсина О. В. КЖ в медицине – важный показатель состояния здоровья пациента (обзор литературы) // Электронный научный журнал «Кичность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие» 2013/1, с. 119–133.
2. Fairclough L. D. Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. – Charman & Hall/CRC. – 2002, p. 164–177.
3. Ho AL, Scott AM, Klassen AF, Cano SJ, Pusic AL, Van Laeken N. Measuring quality of life and patient satisfaction in facial paralysis patients. *Plast Reconstr Surg* 2012;130:91–99.
4. Ishii L, Godoy A, Encarnacion CO, Byrne PJ, Boahene KDO, Ishii M. Not just another face in the crowd: society's perceptions of facial paralysis. *Laryngoscope*. 2012;122:533–538.
5. Leong SC, Lesser TH. A National Survey of Facial Paralysis on the Quality of Life of Patients with Acoustic Neuroma. *Otology & Neurotology* 36:503–509, 2014.
6. Van Leeuwen JP, Braspenning JC, Meijer H, Cremers CW. Quality of life after acoustic neuroma surgery. *AnnOtol-RhinolLaryngol*. 996;105:423–430.
7. Luijmes RE, Pouwels S, Beurskens CH, Kleiss IJ, Siemann I, Ingels KJ. Quality of Life Before and After Different Treatment Modalities in Peripheral Facial Palsy: A Systematic Review *Laryngoscope*. 2017 May;127(5):1044–1051.
8. VanSwearingen JM, Brach JS. The Facial Disability Index: Reliability and Validity of a disability assessment instrument for disorders of the facial neuromuscular system. *Physical Therapy*. 1996; 76: 1288–1300 (Appendix 1297)
9. Volk G. F. et al Nonmotor Disabilities in Patients With Facial Palsy Measured by Patient-Reported Outcome Measures *Laryngoscope*, 126:1516–1523, 2016
10. Ware J. E., Snow K. K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide //The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.

Поступила 10.09.2017 г.