

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ БОЕВУЮ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВУЮ ТРАВМУ

¹Черненко И.И., ¹Куфтерина Н.С., ²Мищенко В.Н., ^{2,3}Волошин-Гапонов И.К.

¹Харьковский национальный медицинский университет; ²Институт неврологии, психиатрии, наркологии НАМН Украины; ³Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является одной из значимых, наиболее тяжелых и распространенных форм поражения центральной нервной системы, последствия которой являются не только медицинской, но и социально-экономической проблемой современной медицины, в частности неврологии [1,4,5].

Это объясняется постоянным ростом случаев ЧМТ и ее отдаленных последствий [1,6]. ЧМТ чаще всего поражает лица молодого и среднего трудоспособного возраста (25-40 лет), что, наряду с увеличением пожилого нетрудоспособного населения и уменьшением рождаемости, приобретает особенно значимое социально-экономическое значение.

Наиболее значимыми в социальном и экономическом аспекте являются последствия ЧМТ [5,9,12], которые часто приобретают хронический характер, ухудшая качество жизни (КЖ) пациента, снижая трудоспособность и, согласно статистическим данным, приводя ежегодно к инвалидности более 100 тыс. лиц.

Согласно литературным данным, в США и странах Европы на ЧМТ различной степени тяжести ежегодно приходится от 60% до 90% и с каждым годом частота ЧМТ в мире повышается на 2%, что подтверждает актуальность проблемы.

В последние десятилетия в мире участились локальные военные конфликты, приводящие к увеличению числа случаев боевых травматических повреждений головного мозга. В связи с чем, среди приоритетных и социально значимых проблем современной медицины одно из первых мест занимает так называемая «боевая черепно-мозговая травма» - повреждение головного мозга, составляющее основную часть церебрального травматизма и полученная при участии в боевых действиях [5,6,10]. Чрезвычайно высокая распространенность, увеличение случаев ЧМТ, высокий процент осложнений, инвалидизации и смертности населения обуславливают актуальность изучения данной медицинской и социальной проблемы [2].

Нарушения регулирующего влияния нервной системы на процессы, обеспечивающие адекватное приспособление организма к условиям окружающей среды, вызывают сдвиги в компенсаторно-адаптационных процессах в резидуальном периоде ЧМТ [3,4,12]. Роль боевой ЧМТ в запуске механизмов адаптационных нарушений организма по сей день не до конца исследована. Изучение данного вопроса в перспективе обеспечит повышение адаптационных возможностей у лиц, перенесших боевые ЧМТ различной степени тяжести в различные сроки перенесенной травмы.

Одним из значимых критериев эффективности лечения и реабилитационных мероприятий, получивших в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины, является оценка КЖ. По определению ВОЗ, качество жизни - это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами.

КЖ определяется физическими, социальными и эмоциональными факторами жизни человека, имеющими для него важное значение и на него влияющими. КЖ - это степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Отдаленные последствия ЧМТ, как и сам факт перенесенной ЧМТ во время ведения боевых действий, чаще всего приводят к функциональным нарушениям, психологическим проблемам и социальным ограничениям, что существенно ухудшает КЖ пациентов [5,10].

По данным ООН, социальная категория КЖ включает 12 параметров, из них на первом месте находится здоровье. Европейская экономическая комиссия систематизировала восемь групп социальных индикаторов КЖ, при этом здоровье занимает первое место. Следовательно КЖ, связанное со здоровьем, можно рассматривать как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии.

Существует понятие «качество жизни, обусловленное здоровьем», оно позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни. В настоящее время ВОЗ разработаны следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (эмоции, уровень когнитивных функций, самооценка);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность);
- окружающая среда (безопасность, экология, обеспеченность, доступность и качество медицинской помощи, информация, возможность обучения, быт).

Концепция исследования качества жизни в медици-

не построена на единых методологических подходах, которые включают три основных принципа: многомерность оценки, изменчивость параметров КЖ во времени и участие больного в оценке своего состояния [4,10]. Инструменты оценки (общие и специфические формы), разработанные экспертами ведущих мировых клинических центров в соответствии с принципами доказательной медицины и требованиями Good Clinical Practices (GCP), создали возможность количественной оценки основных сфер жизнедеятельности человека, что наряду с другими общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными методами исследования расширяет представление врача о состоянии больного в целом.

Отдаленные последствия боевой ЧМТ имеют разнообразный спектр нарушений всех сфер жизнедеятельности организма, прежде всего, физической или функциональной, которые определяют индивидуальный уровень КЖ пациента [4,10,11]. Количественное определение функционального состояния данной группы больных является достаточно сложным заданием, поскольку определяется отношением больного к выполнению не только профессиональных и непрофессиональных обязательств, но и социальной адаптацией.

Тем не менее, в данном случае оценка функциональной активности пациента является схематичной и не выражается количественно, что делает весьма сложным оценку изменения функционального статуса больного в динамике, особенно в краткосрочных исследованиях, в связи с чем, одним из значимых принципов исследования КЖ является количественный учет изменений показателей КЖ во времени, что позволяет оценивать состояние больного в динамике.

Концепция и методология исследования КЖ создают возможности для изучения различных аспектов жизнедеятельности больного и ставят новые вопросы и задания по разработке дальнейших подходов к комплексной оценке КЖ больных с отдаленными последствиями боевой ЧМТ. Традиционный медицинский вывод, сделанный врачом и оценка по шкалам, предоставленная самим пациентом, дают возможность составить объективную характеристику состояния здоровья больного. Объективная информация о КЖ дает реальную возможность поиска путей повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий и разработки новых программ для улучшения КЖ населения [10]. Вышеизложенное свидетельствует об актуальности данной проблемы.

Целью исследования явилось определение основных направлений диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий у лиц, перенесших боевую черепно-мозговую травму, на основании оценки и сравнения показателей качества жизни в различные сроки перенесенной травмы.

Материал и методы. Обследовано 180 мужчин: I группа - 100 участников боевых действий в Демокра-

тической республике Афганистан (1979-1989 гг.) и II группа - 80 участников боевых действий конфликта на Востоке Украины (2014 г. по настоящее время) с последствиями боевой ЧМТ различной степени тяжести. На момент исследования все пациенты были лицами трудоспособного возраста. В зависимости от степени тяжести ЧМТ все пациенты разделены на 3 подгруппы: Ia и IIa – легкая ЧМТ (n=40 и 30, соответственно); Ib и IIb – ЧМТ средней степени тяжести (n=30 и 20); Ic и IIc – тяжелая ЧМТ (n=30 и 30). Контрольную группу составили 30 практически здоровых мужчин, сопоставимых по возрасту.

Больным с последствиями боевой ЧМТ проведено клиничко-неврологическое обследование с использованием дополнительных методов. Изучение симптоматики острого периода ЧМТ проводилось на основании анамнестических данных. Пациентам проводились стандартные лабораторные исследования: клинический и биохимический анализы крови, анализ мочи.

С целью уточнения диагноза и локализации процесса использовались дополнительные методы исследования: рентгенография костей черепа (пациенты с осколочными ранениями; анамнез), электроэнцефалография (ЭЭГ), ЭХО-энцефалоскопия, ультразвуковая доплерография магистральных сосудов шеи, нейровизуализационные методы (КТ и ЯМРТ). Особое внимание уделялось оценке качества жизни данной категории пациентов – для этого использовалась шкала-опросник SF-36.

Опросник MOS SF-36 (MOS 36-Item Short-Form Health Survey) является наиболее распространенным в клинических исследованиях и при индивидуальном мониторинге качества жизни, который можно применять как у здоровых лиц, так и при различных патологиях. Данный опросник включает 36 вопросов, которые отображают 8 концепций (шкал) здоровья: физическую трудоспособность, социальную активность, степень ограничения физической трудоспособности и социальной активности, психическое здоровье, энергичность или утомляемость, боль и общую оценку здоровья.

Все полученные данные статистически обработаны с помощью программы Statistica 6.0, пакета статистического анализа программы «Microsoft Excel 2010». При этом определяли средние значения (M) и их средние квадратичные отклонения (m). Статистически достоверным считали условие $p < 0,05$. Для проведения корреляционного анализа использовали коэффициенты корреляций Пирсона.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенного исследования выявлено, что жалобы на головокружение, общую слабость, головную боль и неуверенность при ходьбе отмечали все пациенты. Слабость и онемение конечностей, нарушение речи, асимметрия лица наблюдались только у пациентов, перенесших тяжелую и средней тяжести ЧМТ. Пароксизмальные состояния (синкопальные и вегето-

сосудистые пароксизмы) отмечались у пациентов б и в подгрупп, а эпилептические припадки - у пациентов «в» подгрупп. Зрительные нарушения по типу диплопии определялись у пациентов, перенесших боевую ЧМТ средней степени и тяжелую травму в первой группе б и в подгруппах (18,2% и 20,09% случаев, соответственно). Центральный парез лицевого нерва отмечался у пациентов Iв подгруппы - 55,3% и IIб и IIв - 64,9% и 73,3%, соответственно. Снижение глоточного рефлекса выявлено у 7 (23,3%) пациентов Iв подгруппы. Рефлексы орального автоматизма также превалировали у пациентов, перенесших ЧМТ средней (31,6% и 29,2%) и тяжелой степени (75,3% и 80%) тяжести в обеих группах. Снижения мышечной силы у пациентов Ia подгруппы и IIа подгруппы не выявлено. Однако выявлены глубокие парезы (до 2 баллов) у пациентов, перенесших тяжелую боевую ЧМТ. У пациентов Iб подгруппы отмечалось повышение мышечного тонуса по спастическому типу в 15,8% случаев, а по пластическому типу - в 31,6%, у пациентов Iв подгруппы повышение мышечного тонуса отмечено в 43,3% и 46,7%, соответственно. Патологические рефлексы также превалировали у пациентов I и IIв подгрупп.

Исследование биоэлектрической активности головного мозга показало, что в отдаленном периоде ЧМТ характеризуется изменениями частоты и амплитуды альфа-ритма, что свидетельствует о дисфункции неспецифических систем головного мозга у пациентов «а» подгрупп. Нарушения биоэлектрической реактивности головного мозга свидетельствуют о дисгармонии между сенсорными, вегетативными и психическими системами головного мозга во время становления нового действия, снижения нейроадаптивных механизмов под влиянием факторов внешней среды. Таким образом, у лиц, перенесших боевую ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести, в центральной нервной системе происходят мощные «тектонические нарушения»: меняется режим функционирования нервной системы, ее чувствительность к внешним влияниям, скорость и адекватность реагирования на них. Снижается способность нервных клеток переходить из одного режима работы в другой, что свидетельствует о более низком уровне передачи и обработки информации и приводит к снижению уровня адаптационных и регуляторных процессов ЦНС.

При изучении мозгового кровотока выявлено замедление линейной скорости кровотока в средних мозговых артериях, изменения эластических свойств сосудистой стенки, что свидетельствует о формировании раннего склеротического процесса в сосудах головного мозга у лиц, перенесших боевую ЧМТ (особенно в «в» группах), что согласуется с данными В.С. Мякотных [4,5].

Сниженный уровень мозгового кровотока на фоне повышенной резистивной деятельности в сочетании с ликворной дисциркуляцией у лиц, перенесших боевую

ЧМТ различной степени тяжести, по всей вероятности, приводит к хронической дисциркуляторной гипоксии, которая является одним из патогенетических звеньев травматической болезни головного мозга. Церебральная дисциркуляция повышает тканевое и внутричерепное давление, ведет к нарушению микроциркуляции и сосудистой ауторегуляции, создавая «порочный круг», что в большинстве случаев определяет прогрессивный характер течения травматической болезни у лиц, перенесших боевую ЧМТ. При обследовании пациентов, перенесших боевую ЧМТ, оценка КЖ является суммой большого количества составляющих и базируется на точных математических критериях, которые характеризуют различные стороны жизнедеятельности человека как индивида не только биологического, но и социального.

Интегральная оценка КЖ по шкалам опросника SF-36 показала снижение физического, психического эмоционального и социального функционирования больных в отдаленном периоде боевой ЧМТ, достоверно зависимое от степени тяжести травмы и коррелирующее с давностью травмы.

У лиц, перенесших тяжелую боевую ЧМТ, зарегистрированы наиболее низкие значения по всем шкалам как физического и психологического компонентов здоровья, так и общего показателя КЖ, что достоверно отличается от аналогичных показателей у пациентов «а» и «б» подгрупп ($p < 0,05$).

В зависимости от времени, прошедшего от момента травмы, у пациентов I группы отмечалось более выраженное снижение показателей физического здоровья, тогда как у пациентов II группы преобладали нарушения компонентов психологического здоровья ($p < 0,05$).

Таким образом, исследование КЖ с использованием опросника SF-36 позволяет эффективно оценить влияние степени тяжести перенесенной ЧМТ на физическое и социальное функционирование пациентов. Достоверные изменения у пациентов различных групп зависят от степени тяжести и давности травмы ($p < 0,05$). В целом, показатели пациентов, перенесших средней тяжести и тяжелую ЧМТ, значительно ниже таковых у пациентов «а» подгрупп. Полученные результаты свидетельствуют, что тяжелая боевая ЧМТ приводит к ограничению всех аспектов жизнедеятельности человека.

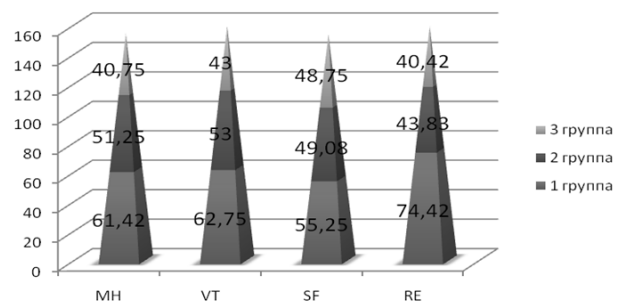


Рис. 1. Показатели психического компонента здоровья КЖ по группам

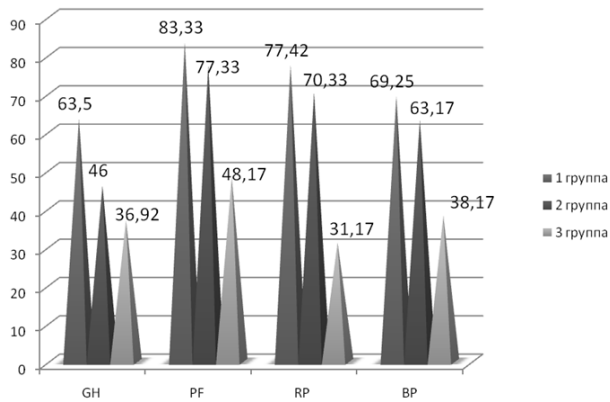


Рис. 2. Показатели физического компонента здоровья КЖ по группам

Полученные показатели демонстрируют, что для пациентов, перенесших боевую ЧМТ, характерны очень низкая оценка общего состояния здоровья, значительное снижение физической активности и хроническая боль, которая резко ограничивает возможность физических нагрузок и выполнения повседневных жизненных обязанностей.

Для того, чтобы доказать факт влияния на КЖ психологического состояния данного контингента больных, дополнительно проведен анализ заключений психолога, который указывает на нарушения в психоэмоциональной сфере, особенно у лиц второй группы. С увеличением удельного веса перенесенной боевой ЧМТ, КЖ больных прогрессивно снижается, что проявляется в нарастающем ухудшении физического состояния, снижении жизненной активности, депрессии и тревожных переживаниях, в появлении когнитивных и эмоционально-волевых нарушений, что коррелирует с клиническими особенностями течения заболевания.

На основании проведенного корреляционного анализа выявлены прямые связи физических компонентов с наличием очаговой активности ($r=+0,67$) при проведении ЭЭГ [6,9], а психологических компонентов - с наличием пароксизмальной ($r=+0,72$) и эпилептической активности ($r=+0,36$). Эти данные демонстрируют, что снижение КЖ в зависимости от степени тяжести перенесенной боевой ЧМТ взаимосвязано с изменениями, которые зафиксированы при проведении ЭЭГ. В ходе исследования установлено, что любая боевая ЧМТ изменяет психическое состояние человека, ограничивает его адаптацию и социальные контакты, что обуславливает низкую толерантность к стрессорным внешним факторам. Перечисленные выше факторы, естественно, не могут не отобразиться на таком интегральном показателе, как КЖ пациента.

Оценка КЖ пациентом, наряду с традиционными диагностическими методами, является ценным и надежным показателем общего состояния больного, позволяет составить полную и объективную картину заболевания; ее следует включать в перечень диагностических мероприятий при обращении пациентов

в стационар и учитывать при оценке эффективности лечебно-реабилитационной терапии.

Полученные результаты показали, что уровень КЖ во многом обуславливается тяжестью функциональных нарушений, которые, приводя к ограничению жизнедеятельности, прежде всего, в социальной сфере, значительно отражаются на адаптационном потенциале организма. В результате исследования выявлено, что показатели КЖ лиц, перенесших боевую черепно-мозговую травму, зависят от степени тяжести и срока, прошедшего от момента получения травмы. В ранние сроки после перенесенной боевой ЧМТ, а также у лиц, перенесших легкую и средней степени тяжести ЧМТ, ухудшаются преимущественно показатели психологического здоровья, а у пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, выявлены нарушения всех компонентов - физического, психологического, социального, которые в случаях отсутствия необходимой реабилитации и лечения одинаково выражены на различных сроках травмы.

В заключении следует отметить, что боевую ЧМТ, особенно тяжелую, следует рассматривать не только как фактор, вызывающий травматическую болезнь головного мозга, но и как стрессор, нарушающий адаптационный потенциал организма и вызывающий развитие клинко-неврологических синдромов. С учетом выявленных в ходе исследования адаптационных нарушений у лиц, перенесших боевую ЧМТ, необходимо выделить группу приоритетного наблюдения с учетом давности и степени тяжести травмы для планирования медико-социальных, реабилитационных мероприятий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волошин П.В., Шогам И.И. Неврологические аспекты периодизации черепно-мозговой травмы. *Вопр. Нейрохирургии.* 1990; 6: 25-27.
2. Катанцев А.В. Военно-врачебная экспертиза боевой травмы нервной системы / А. В. Катанцев, А. С. Фадеев, О. С. Работкин // *Боевая травма нервной системы в условиях современных войн.* - М., 2002. - С. 132-140.
3. Лексин Е.Н. Неврологические синдромы отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы. Саранск: 1978; 38.
4. Мякотных В.С. Особенности клиники, диагностики и лечения неврологической патологии у ветеранов Афганистана. *Медицинская реабилитация ветеранов войн.* Екатеринбург: УИФ «Наука»; 1994; 18-20.
5. Мякотных В. С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана. Екатеринбург: УИФ «Наука»; 1994; 262.
6. Мякотных В.С., Таланкина Н.Э., Боровкова Т.А. Клинические, патофизиологические и морфологические аспекты отдаленного периода закрытой черепно-мозговой травмы. *Журн. неврологии и психиатрии.* 2002; 102(4): 61-65.
7. Садыков Е.А. Посттравматическая эпилепсия (клиника, диагностика, медико-социальная экспертиза). Автореф. дисс... канд. мед. наук. СПб.: 1999;
8. Черненко І.І. Клініко-інструментальна характеристика дисциркуляторної енцефалопатії у осіб, що перенесли черепно-мозкові травми під час бойових дій. *Нейронауки: теоретическіе и клинические аспекты.* 2011; 7(1-2):75-77.

9. Шогам И.И., Тайцлин В.И., Перцев Г.Д. Место и значение синдрома вегетативной дистонии в клиникопатофизиологической структуре отдаленных последствий легких закрытых черепно-мозговых травм. Журн. невропатологии и психиатрии. 1992;– 92(5): 19-21.

10. Яворская В.А., Черненко И.И., Федченко Ю.Г., Пасюра И.Н. Состояние биоэлектрической активности головного мозга у пациентов с отдаленными последствиями боевой черепно-мозговой травмы. Georgian Medical News. 2012; 4 (213); – С. 7-12

11. Яворская В.А., Черненко И.И., Федченко Ю.Г. Оценка качества жизни у пациентов с отдаленными последствиями боевой черепно-мозговой травмы. Міжнародний медичний журнал. Т. 18, № 2 (70), 2012. - С. 29-32.

12. Яворська В.О., Черненко І.І., Федченко Ю.Г., Бондар О.Б. Стан церебральної гемодинаміки у пацієнтів з віддаленими наслідками бойової черепно-мозкової травми. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. № 4 (8), 2012, - с. 29-32

SUMMARY

DISTANT CONSEQUENCES AND THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MILITARY-RELATED CRANIOCEREBRAL TRAUMA

¹Chernenko I., ¹Kufterina N., ²Mishchenko V., ^{2,3}Voloshin-Gaponov I.

¹Kharkiv National Medical University; ²Institute of Neurology, Psychiatry, Narcology NAMS of Ukraine; ³V. N. Karazin Kharkiv National University

The purpose of the study was to determine appropriate diagnostic, therapeutic and rehabilitation treatments of patients with military-related craniocerebral trauma. We have examined 180 male patients: 100 participant of operations in the Democratic Republic Afghanistan (1979-1989) and 80 - participants of conflict in the east of Ukraine (from 2014 until present) with military-related craniocerebral trauma of varying severity. We used clinical-neurological, instrumental (craniography of skull, magnetic resonance imaging, ultrasonic doppler sonography of the main vessels of the head and neck), biochemical, statistical methods of a research, and also questionnaire scale SF-36.

It was found that the quality of life of patients with

military-related craniocerebral trauma depends on the severity of the wound and the period after trauma. In the early period after military-related craniocerebral trauma of light or average severity, the psychological components are more strongly manifested. Patients with severe military-related craniocerebral trauma have serious physical, psychological and social problems at different periods after trauma. The results of the research show that the quality of life depends on the severity of functional disorders and have impact on adaptive potential of the organism.

Keywords: military-related craniocerebral trauma, quality of life.

РЕЗЮМЕ

ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БОЕВОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

¹Черненко И.И., ¹Куфтерина Н.С., ²Мищенко В.Н., ^{2,3}Волошин-Гапонов И.К.

¹Харьковский национальный медицинский университет; ²Институт неврологии, психиатрии, наркологии НАМН Украины; ³Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, Украина

Целью исследования явилось определение основных направлений диагностических, терапевтических и реабилитационных мероприятий у лиц, перенесших боевую черепно-мозговую травму, на основании оценки и сравнения показателей качества жизни в различные сроки перенесенной травмы.

Обследовано 180 мужчин: I группа - 100 участников боевых действий в Демократической республике Афганистан (1979-1989 гг.) и II группа - 80 участников боевых действий конфликта на Востоке Украины (2014 г. по настоящее время) с последствиями боевой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) различной степени тяжести. Использованы клиничко-неврологические, инструментальные (рентгенография черепа, МРТ, УЗДГ магистральных сосудов головы и шеи), био-

химические, статистические методы исследования, а также шкала-опросник SF-36.

В результате исследования выявлено, что показатели качества жизни лиц, перенесших боевую черепно-мозговую травму, зависят от степени тяжести и срока, прошедшего от момента получения травмы. В ранние сроки после перенесенной боевой ЧМТ, а также у лиц, перенесших легкую и средней степени тяжести ЧМТ, ухудшаются преимущественно показатели психологического здоровья, а у пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ, выявлены нарушения всех компонентов - физического, психологического, социального, которые в случаях отсутствия необходимой реабилитации и лечения одинаково выражены на различных сроках травмы.

Полученные результаты показали, что уровень качества жизни во многом обуславливается тяжестью функциональных нарушений, которые, приводя к ограничению жизнедеятельности, прежде всего, в социальной сфере, значительно отражаются на адапционном потенциале организма.

რეზიუმე

ქალა-ტვინის საბრძოლო ტრავმაგადატანილი პირების ცხოვრების ხარისხის შედარებითი დახასიათება

¹ი. ჩერენკო, ¹ნ. კუფტერინა, ²გ. მიშენკო,
²პ. ვოლოშინი-გაპონოვი

¹ხარკოვის ეროვნული სამედიცინო უნივერსიტეტი;
²უკრაინის მედიცინის მეცნიერებათა აკადემიის ნევროლოგიის, ფსიქიატრიის და ნარკოლოგიის ინსტიტუტი; ³გ. კარაზინის სახ. ხარკოვის ეროვნული უნივერსიტეტი, უკრაინა

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა სადიაგნოსტიკო, თერაპიული და სარეაბილიტაციო ღონისძიებების ძირითადი მიმართულებების განსაზღვრა ქალა-ტვინის საბრძოლო ტრავმაგადატანილ პირებში სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლების შეფასების და შედარების საფუძველზე ტრავმის გადატანიდან სხვადასხვა ვადაში.

შესწავლილია ქალა-ტვინის სხვადასხვა სიმძიმის ტრავმის შედეგების მქონე 180 მამაკაცი,

მათ შორის 100 - საბრძოლო მოქმედებების მონაწილე ავღანეთის დემოკრატიულ რესპუბლიკაში (1979-1989 წწ.), 80 - აღმოსავლეთ უკრაინაში კონფლიქტის მონაწილე (2014 წლიდან დღემდე). გამოყენებულია კვლევის კლინიკურ-ნევროლოგიური, ინსტრუმენტული (თავის ქალას რენტგენოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული ტომოგრაფია, თავის ქალას და კისრის მაგისტრალური სისხლძარღვების ულტრაბგერითი გამოკვლევა), ბიოქიმიური, სტატისტიკური მეთოდები, და, ასევე, SF-36 შკალა-კითხვარი.

დადგენილია, რომ სიცოცხლის ხარისხის მაჩვენებლები დამოკიდებულია ტრავმის სიმძიმეზე და დაზიანების მიღების შემდეგ გასული დროის ხანგრძლივობაზე. ადრეულ პოსტტრავმულ პერიოდში და ქალა-ტვინის მსუბუქი და საშუალო სიმძიმის ტრავმის მქონე პირებში, ძირითადად, დარღვეულია ფსიქოლოგიურ კომპონენტთან დაკავშირებული მაჩვენებლები. მძიმე ტრავმის მქონე პირებში აღინიშნება ყველა ასპექტის დარღვევები (ფიზიკური, ფსიქოლოგიური, სოციალური), რაც რეაბილიტაციისა და მკურნალობის არარსებობის პირობებში თანაბრადაა გამოხატული ტრავმის სხვადასხვა ვადაზე.

კვლევის შედეგებით დადგენილია, რომ ცხოვრების ხარისხის დონე მნიშვნელოვნად განპირობებულია ფუნქციური დარღვევების სიმძიმით, რომელიც, იწვევს რა ადამიანის ცხოვრების შეზღუდვას და განსაკუთრებით - სოციალურ სფეროში. მნიშვნელოვნად მოქმედებს ორგანიზმის ადაპტაციურ პოტენციალზე.

RELATIONSHIP BETWEEN GENERAL HEALTH, ORAL HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE IN ELDERLY POPULATION (REVIEW)

Puturidze S., Margvelashvili M., Bilder L., Kalandadze M., Margvelashvili V.

I. Javakhishvili Tbilisi State University, Georgia

Recently, the older population has increased worldwide and it is being predicted to keep growing in near future. As for the Georgia, people with the age 65 years and older are observed to be 12,4% of the population in 2000 and 14,4% in 2017 [7]. Therefore, these demographic changes will make influences on healthcare services [24]. As the age-related changes are observed in oral cavity, geriatric dentistry becomes more relevant to investigate oral disorders and to take relevant measures in elderly population [9]. The increase of older population

requires the protection against the decline in their health status [19]. Oral health status has become more important in accordance with continuous increase of older population. Several study results support associations between oral and general health [21]. Oral health is an important part of general health [18].

Moreover, oral health impacts on the quality of life [11,18] in accordance with its influence on many essential abilities such as mastication, taste, appearance, speech and psychosocial behavior. Oral health is an essential part