

УДК 617.7-007.681:616-036.13-085

А. Б. МІШЕНІН, Д. В. ВАРІВОНЧИК (Київ)

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПЕРВИННУ ВІДКРИТОКУТОВУ ГЛАУКОМУ

Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня "Центр мікрохірургії ока"
ДУ "Інститут медицини праці НАМН України"

Встановлено, що під впливом заходів медичної реабілітації серед хворих на ПВКГ груп дослідження (IA, IB, II) порівняно із групою контролю (IIIА, IIIБ) спостерігались позитивні соціально-психологічні зміни (за показниками відношення шансів – OR): підвищення якості життя (1,1–1,2) та якості зору (1,1); покращання психопатологічного профілю – зменшення проявів синдрому депресії (1,4); підвищення прихильності хворих до лікування (1,7).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, медична реабілітація, якість життя, якість зору, патопсихологічні зміни особистості, прихильність хворих до лікування.

Результати досліджень свідчать, що у хворих на глаукому спостерігаються серйозні соціально-психологічні проблеми, які виражаються у: 1) пошуку сторонньої підтримки; 2) труднощах у вирішенні повсякденних задач; 3) невизначеності щодо майбутнього; 4) проблемах з адаптацією до нової якості життя, що знижується внаслідок прогресування захворювання; 5) додаткових економічних втратах внаслідок хвороби [3;10].

Одним із шляхів вирішення соціальних проблем у хворих на цю патологію є розробка та реалізація спеціальних програм соціальної реабілітації, спрямованих на поліпшення знань про захворювання та його наслідки, сприяння дотримання хворими призначеного лікування, набуття навичок самообслуговування [9]. Такі освітні програми повинні ґрунтуватись на теоретичній моделі Kate Lorig (2003), яка спрямована на підтримання знань, навичок і стратегії пацієнтів для кращого щоденного управління їхнім станом [8].

У хворих на глаукому також доведено наявність виразних відхилень психіки та поведінки, які проявляються тривогою, занепокоєнням, страхом, іпохондрією, перфекціонізмом, емоційною нестійкістю, депресією, підвищеною конфліктністю. Причому відчуття страху у хворих на глаукому є більш значущим, ніж біль, що лежить в основі моделі поведінки заперечування, яка дозволяє покрити або придушити страх. Вважається, що не вирішені конфлікти і заперечування симптомів захворювання можуть бути причиною зміни гормонального статусу хворого і призвести до подальшого порушення обміну речовин, прогресування гіпертонічної хвороби та, відпо-

відно, прогресування глаукоми (за рахунок підвищення VOT) [6]. Заперечення важкості свого стану у хворих на глаукому лежить в основі їх низької прихильності до довічного лікування [7].

Для подолання психологічних відхилень у хворих на глаукому ефективним є використання багатоступеневої психотерапевтичної допомоги, яка ґрунтується на використанні методів впливу: «символічних історій», «позитивної психотерапії», «моделі позитивного балансу» тощо [6].

Дослідженнями визначено, що основними причинами зниження якості життя у хворих на глаукому є прогресування захворювання, внаслідок якого втрачаються зорові функції, спостерігається звуження полів зору (особливо у нижній гемісфері), погіршення моно- та біокулярної гостроти зору та контрастної чутливості, що в цілому знижує їх функціональну активність, як вдома, так і на вулиці. У хворих погіршується здатність самостійно виконувати повсякденні заняття, що визначає потребу у сторонній допомозі [2;5]. При цьому низька якість життя визначається і, в свою чергу, негативно впливає також на спосіб життя хворих, обмежує їх раціональне працевлаштування, соціальну адаптацію та реабілітацію, тим самим поглиблюючи основні причини інвалідизації хворих на глаукому [1;3].

Як свідчать дані літератури, під час реабілітації хворих на глаукому необхідно проводити реабілітацію зорових функцій у поєднанні із соціально-психологічною реабілітацією. Враховуючи вищезазначене, нами науково обґрунтована система медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ) [4] з визначенням її соціально-психологічної ефективності, що і обумовило актуальність даного дослідження.

Метою дослідження було оцінити соціально-психологічну ефективність системи медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому.

Матеріали і методи. Проведено дослідження соціально-психологічної ефективності заходів медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому (ПВКГ), які включали: медичне спостереження за перебігом захворювання лікарем-офтальмологом; проведення постійної базисної фармакотерапії (за клінічними показаннями); ранній початок медичної реабілітації у санаторно-курортних умовах, що включають використання методів клімато-, бальнео-, фізіо- та психотерапії тощо, не менш ніж один раз на 2 роки; проведення курсів профілактичного лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах, що включають фармакотерапію та фізіотерапевтичне лікування, не менш ніж один раз на 6 міс.; відвідування хворим центру соціально-психологічної підтримки (за потреби) із частотою, що визначалася індивідуальною потребою хворого.

Для дослідження всі хворі були розподілені на три групи (п'ять підгруп), залежно від стадії захворювання та використаних методів медичної реабілітації:

- I група (група дослідження) – хворі на ПВКГ, яким впродовж 2-х років спостереження проводилась базова фармакотерапія (ФТ) антиглаукоматозними препаратами (I чи II лінії, відповідно до клінічних показань) та здійснювались заходи медичної реабілітації (МР). У цій групі хворі розподілились на дві підгрупи, залежно від стадії захворювання: IA – з I стадією; IB – з II та III стадіями.

- II група (група дослідження) – хворі на ПВКГ з II та III стадіями, яким проведено хірургічне лікування глаукоми та впродовж 2-х років здійснювались заходи МР.

- III група (група контролю) – хворі на ПВКГ, яким впродовж 2-х років спостереження проводилась лише базова фармакотерапія (ФТ) антиглаукоматозними препаратами (I чи II лінії, відповідно до клінічних показань). У цій групі хворі розподілились на дві підгрупи, залежно від стадії захворювання: IIIA – з I стадією; IIIB – з II та III стадіями.

Між групами проводилось порівняння: група спостереження IA із групою контролю IIIA; група IB – із групою IIIB; група II – із групою IIIB.

Спостереження за представниками груп дослідження проводилось у терміни – 1 міс. (серед 2506 хворих на ПВКГ) та 6, 12, 24 міс. (300 хворих) шляхом об'єктивного контролю за наступними індикаторними показниками:

- якості життя (ЯЖ) із використанням адаптованого до української популяції запитальника «SF-36», рекомендованого ВООЗ;

- якості зору (ЯЗ) із використанням адаптованого до української популяції запитальника «NEI-VFQ-25», розробленого Національним очним інститутом США та рекомендованого для використання Всесвітньою офтальмологічною асоціацією;

- патопсихологічного статусу із використанням запитальника «ММРІ»;

- прихильності хворих до лікування (до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень; до зміни способу життя; до реалізації заходів медичної реабілітації).

Інтегральна оцінка соціально-психологічної ефективності заходів медичної реабілітації хворих на ПВКГ проводилась когортним епідеміологічним аналізом із розрахунком показника відношення шансів (OR) за загально визнаною методикою.

Результати дослідження та їх обговорення.

Якість життя (ЯЖ) є інтегральною характеристикою, яка дозволяє оцінити рівень функціональної та соціально-психологічної адаптації хворого до свого захворювання. У зв'язку і тим, що ЯЖ є чутливим показником до лікування та реабілітації хворого, у дослідженні проведено оцінку його динаміки під впливом реалізації заходів медичної реабілітації хворих на ПВКГ. Дослідження ЯЖ проводилось із використанням адаптованого до української популяції запитальника «SF-36», рекомендованого ВООЗ.

Дослідженням встановлено, що ЯЖ у хворих на ПВКГ значно відрізняється від показників осіб аналогічного віку та статі без цієї патології. До початку реалізації заходів медичної реабілітації в групі хворих на ПВКГ II–III стадій відхилення від контрольної групи ($p < 0,05$) спостерігались за всіма показниками ЯЖ (фізичного та соціально-психологічного компонентів), окрім показника «фізичний біль» (BP) ($p > 0,05$).

Найбільше відхилення від ЯЖ здорових осіб ($p < 0,05$) спостерігалось серед хворих на ПВКГ II–III стадій за наступними компонентами: фізичний компонент якості життя (інтегральний), (PH) – (-35,0%), соціальна активність (SF) – (-34,2%), життєва активність (VT) – (-30,8%), психічне здоров'я (MH) – (-30,2%) (рис. 1). Середній рівень недостатності ЯЖ для хворих на ПВКГ становить 25,4% (6,0–35,0%).

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПВКГ II–III стадій спостерігалось підвищення показників ЯЖ за всіма компонентами. І хоча вони не досягали показників ЯЖ здорових осіб, але значно наблизилися до них. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишилися за компонентами: фізична активність (PF) – (-25,0%), емоційні проблеми в обмеженні життєдіяльності (RE) – (-24,4%), життєва активність (VT) – (-21,1%), фізичний компонент якості життя (інтегральний) (PH) – (-20,1%). Середній рівень недостатності ЯЖ для хворих на ПВКГ становив 15% (6,0–25,0%).

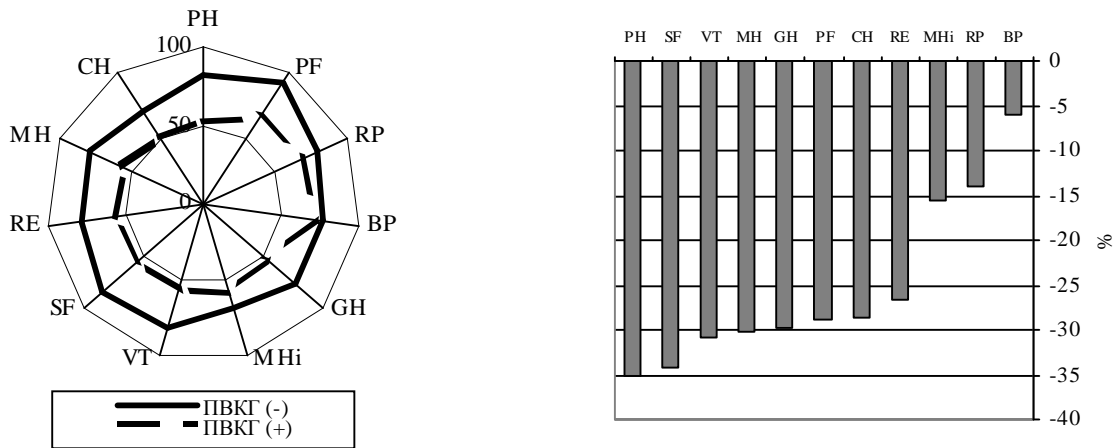


Рис. 1. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПВКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

При подальшому динамічному спостереженні показники ЯЖ залишались стабільними до 24 місяців спостереження за хворими із ПВКГ II–III стадії, що свідчить про досягнення максимально можливого рівня всіх компонентів ЯЖ під

впливом медичної реабілітації до 12 місяців і формування остаточного рівня обмеження функціонування, життєдіяльності і здоров'я, які визначають ступінь інвалідності на інтегральному рівні – 15,8% (25,2–6,0%), ($p < 0,05$) (рис. 2).

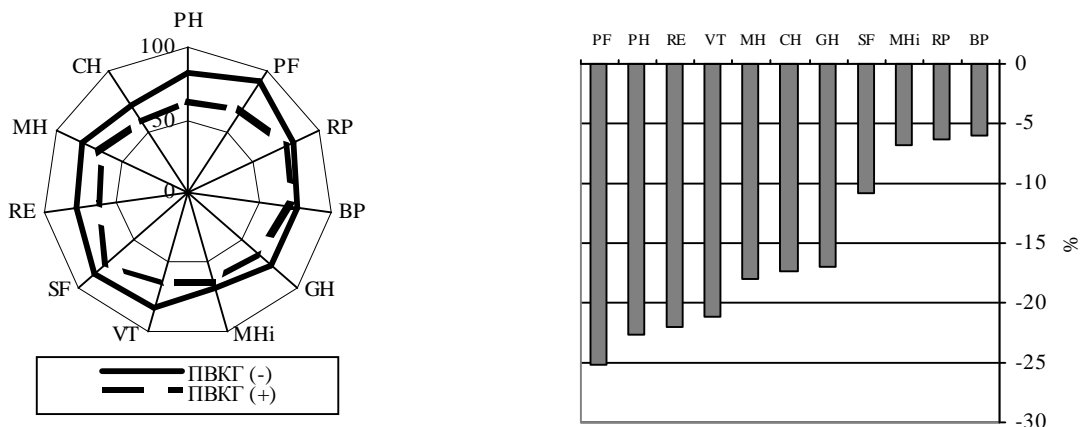


Рис. 2. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПВКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

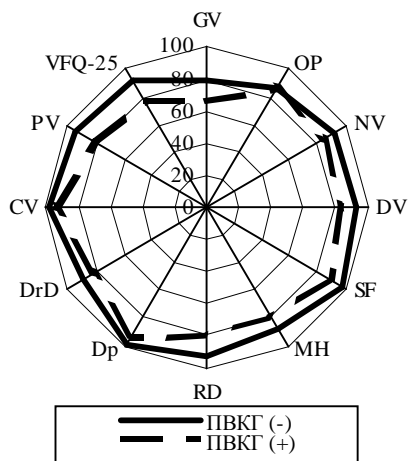
Таким чином, за рахунок заходів медичної реабілітації вдалось покращити ЯЖ хворих на ПВКГ II–III стадій та забезпечити зменшення різниці у рівні ЯЖ між хворими та здоровими особами в 1,7 разу – з 25,4% до 15,0%.

Якість зору (ЯЗ) є спеціальною характеристикою ЯЖ, що забезпечується за рахунок функціонування зорового аналізатора людини. Стан та динаміка ЯЗ є специфічною характеристикою ефективності лікування та реабілітації офтальмологічних хворих. Дослідження ЯЗ проводилось із використанням адаптованого до української популяції запитальника «NEI-VFQ-25», розробленого Національним очним інститутом США та рекомендованого для використання Всесвітньою офтальмологічною асоціацією.

Дослідженням встановлено, що ЯЗ у хворих на ПВКГ значно відрізняється від показників осіб аналогічного віку та статі без цієї патології. До початку реалізації заходів медичної реабілітації в групі хворих на ПВКГ II–III стадій відхилення від контрольної групи спостерігались за всіма показниками ЯЗ ($p < 0,05$), крім показників «очний біль» (OP) та «кольорове бачення» (CV), ($p > 0,05$). Найбільші відмінності ($p < 0,05$) ЯЗ серед хворих на ПВКГ II–III стадій спостерігались за наступними компонентами: загальний зір (GV) – (-15,9%), периферичний зір (PV) – (-15,1%), рольове функціонування (RD) – (-14,4%), психічне здоров'я (MH) – (-10,8%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-10,0%) (рис. 3). Загальне зниження ЯЗ (за показником VFQ-25)

серед хворих із глаукомою порівняно із здоровими особами становило 15,4%.

При порівнянні результатів дослідження ЯЖ та ЯЗ слід зазначити зниження споріднених компонентів, що доводить провідну роль прогресуючого зниження зорових функцій у формування загальної ЯЖ хворих на ПБКГ:



- рольове функціонування (RD/«NEI-VFQ-25»)
- соціальна активність (SF/«SF-36»), життєва активність (VT/«SF-36»);
- психічне здоров'я (MH/«NEI-VFQ-25» та «SF-36»).

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПБКГ II–III стадій спостері-

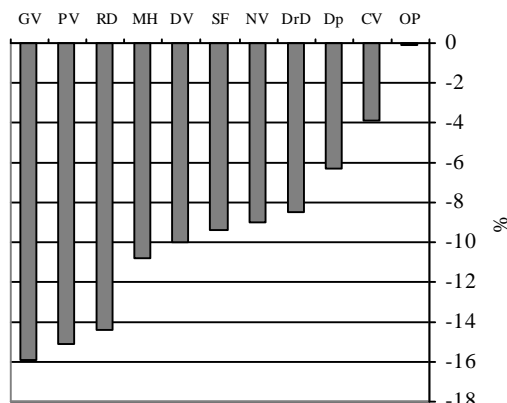


Рис. 3. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПБКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

галось підвищення показників ЯЗ за всіма компонентами. І хоча вони не досягали показників ЯЗ здорових осіб, однак значно наблизилися до них. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишилися за компонентами: загальний зір (GV) – (-14,8%), периферичний зір (PV) – (-9,6%), рольове функціонування (RD) – (-8,0%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-7,2%). Загальне зниження ЯЗ (за показником VFQ-25) серед хворих із глаукомою становило 7,7%.

При подальшому динамічному спостереженні показники ЯЗ залишалися стабільними до 24 місяців нагляду за хворими із ПБКГ II–III стадії.

що свідчить про досягнення максимально можливого рівня всіх компонентів ЯЗ під впливом медичної реабілітації до 12 місяців і формування остаточного рівня обмеження функціонування, життєдіяльності і здоров'я, обумовлених зоровими функціями, які визначають ступінь інвалідності на інтегральному рівні – 7,8% ($p < 0,05$).

Остаточний дефіцит ЯЗ визначався наступними компонентами. Найбільші відхилення ($p < 0,05$) залишалися за компонентами: загальний зір (GV) – (-15,0%), периферичний зір (PV) – (-9,2%), рольове функціонування (RD) – (-8,9%), зорова діяльність на відстані (DV) – (-7,1%) (рис. 4).

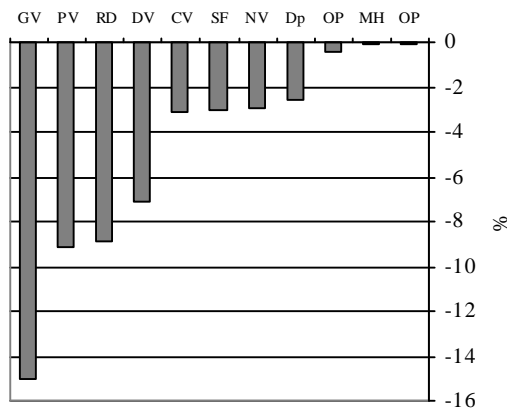
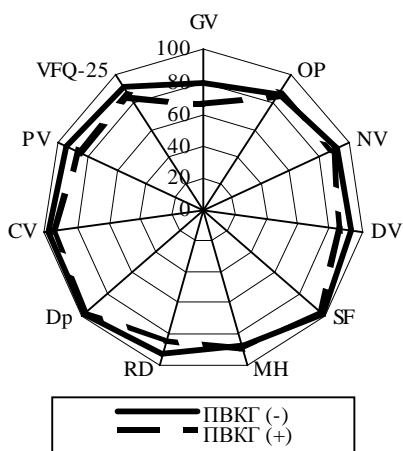


Рис. 4. Рівні компонентів (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) якості життя в групі хворих на ПБКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

Таким чином, за рахунок заходів медичної реабілітації вдалось покращити ЯЗ хворих на ПБКГ II–III стадій та забезпечити зменшення дефіциту загальної ЯЗ (за показником VFQ-25) між хворими та здоровими особами майже в 2,0 рази – з 15,4% до 7,7%.

Патопсихологічний статус хворих. Одним із компонентів, що негативно впливає на ЯЗ хворих на ВПКГ, є їхній психологічний стан, який визначає рівень психічного здоров'я. Дослідження, проведене серед хворих на ПБКГ II–III стадії до

початку МР з використанням запитальника «ММРІ», показало підвищення показників за патопсихологічними шкалами – іпохондрія (Hs), депресія (D), істерія (Hy), психастенія (Pt) – порівняно з особами аналогічного віку та статі без цієї патології ($p < 0,05$). Найбільші відмінності у патопсихологічному профілі хворих на ПБКГ II–III стадій спостерігались за наступними шкалами: депресія (D) – (39,1%), іпохондрія (Hs) – (9,5%), істерія (Hy) – (8,6%), психастенія (Pt) – (7,2%) (рис. 5).

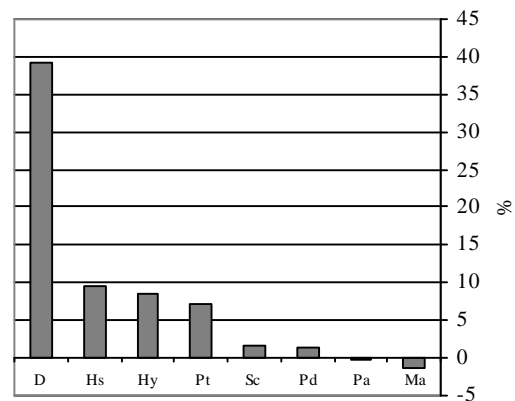
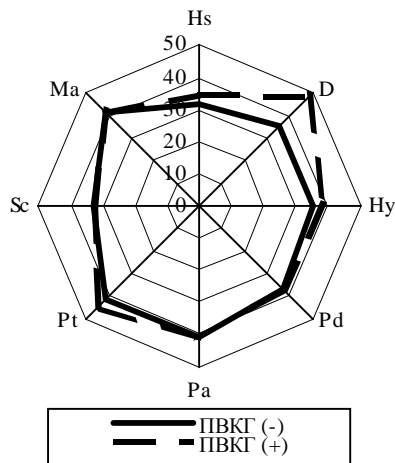


Рис. 5. Рівні патопсихологічних шкал (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) в групі хворих на ПБКГ II–III стадій до початку медичної реабілітації

Через 12 місяців від початку реалізації заходів МР в групі хворих на ПБКГ II–III стадій спостерігалось значне покращення патопсихологічного профілю хворих, який максимально наближався до показників здорових осіб, із незначною залишковою відмінністю за шкалами істерія (Hy) – (2,9%) і депресія (D) – (1,4%). Через 24 місяці від початку МР в групі хворих на

ПБКГ II–III стадій покращення патопсихологічного профілю зберігалось і максимально наближалось до здорових осіб (рис. 6).

Таким чином, за рахунок заходів МР вдалось покращити патопсихологічний профіль хворих на ПБКГ II–III стадій та забезпечити зменшення проявів синдромів іпохондрії (Hs) на 9,5%, депресії (D) на 39,1%, істерії (Hy) на 8,6%, психастенії (Pt)

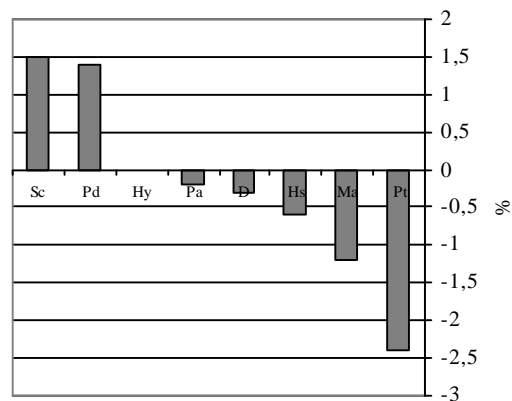
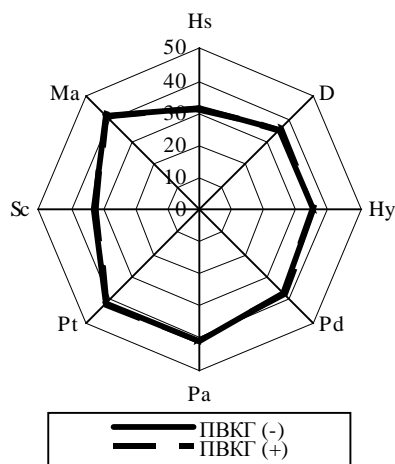


Рис. 6. Рівні патопсихологічних шкал (станд. од.) та відхилення від контрольної групи (%) в групі хворих на ПБКГ II–III стадій через 24 місяці від початку медичної реабілітації

на 7,2%, притаманних таким пацієнтам, та в цілому покращити їхнє психічне здоров'я та ЯЖ.

Прихильність хворих до лікування. Одним із факторів, який знижує ефективність лікування ПВКГ, є низька прихильність хворих до призначеного лікування (ПХЛ), що веде до транзитного підвищення ВОТ і прогресування глаукомної нейропатії, що проявляється зниженням функціональних можливостей органа зору.

Дослідженням було встановлено, що серед хворих на ПВКГ груп дослідження (ІА, ІБ, ІІ) рівні ПХЛ були недостатніми до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських при-

значень (52,6%), зміни способу життя (32,1%), реалізації заходів медичної реабілітації (22,1%) та не відрізнялись ($p > 0,05$) від групи контролю (ІІІ А/Б).

Через 12 місяців після початку реалізації заходів МР рівні ПХЛ значно збільшились і залишались високими до 24 місяця спостереження до систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень (88,1–89,7%), зміни способу життя (59,0–62,1%), реалізації заходів медичної реабілітації (91,2–90,8%) і відрізнялись від групи контролю (ІІІ А/Б), у якій такі зміни не спостерігались (табл.).

Таблиця. Динаміка рівнів прихильності хворих на ПВКГ до дотримання лікарських призначень та медичного нагляду під впливом медичної реабілітації (% хворих)

Показник прихильності	Група дослідження	Термін спостереження		
		до початку	через 12 міс. від початку МР	через 24 міс. від початку МР
До систематичного медичного нагляду та дотримання лікарських призначень	I (А / Б) + II	52,6±5,7	88,1±4,0	87,9±4,5
	III (А / Б)	53,2±5,9	52,0±6,2	53,1±6,8
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05
До зміни способу життя	I (А/Б)+II	32,1±2,4	59,0±3,2	62,1±5,7
	III (А/Б)	33,0±3,0	32,4±5,1	33,1±5,7
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05
До реалізації заходів медичної реабілітації	I (А/Б)+II	22,1±5,0	91,2±6,5	90,8±7,0
	III (А/Б)	21,9±5,0	24,1±7,1	25,0±2,7
	$p_{I-II/III}$	>0,05	<0,05	<0,05

Висновки

Під час дослідження встановлено, що під впливом заходів МР серед хворих на ПВКГ груп дослідження (ІА, ІБ, ІІ) порівняно із групою контролю (ІІІА, ІІІБ) спостерігались позитивні соціально-психологічні зміни (за показниками відношення шансів – OR):

- підвищення якості життя (1,1–1,2) та якості зору (1,1);

- покращання психопатологічного профілю – зменшення проявів синдрому депресії (1,4);
- підвищення прихильності хворих до лікування (1,7) ($p < 0,05$).

Результати проведеного дослідження свідчать про високу медико-соціальну ефективність запропонованої системи медичної реабілітації хворих на первинну відкритокутову глаукому, що дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження на території України і становить **перспективи подальших досліджень**.

Список літератури

1. *Алексеев В. Н.* Причины низкой приверженности к лечению больных первичной открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, Н. С. Ел Хаж // Офтальмолог. вестн. – 2010. – Т. 3, № 4. – С. 37–39.
2. *Алексеева Г. Ф.* Качество жизни больных глаукомой / Г. Ф. Алексеева // Бюл. Вост.-Сиб. науч. центра СО РАМН. – 2009. – № 3. – С. 297–298.
3. *Браун Н. Ф.* Образ жизни и глаукома / Н. Ф. Браун // Совр. оптометр. – 2010. – № 8. – С. 30–35.
4. *Варивончик Д. В.* Лікування та реабілітація хворих на глаукому в умовах санаторно-курортних закладів / Д. В. Варивончик, А. Б. Мішенін // Соціальні аспекти попередження сліпоти, організація медичної допомоги та реабілітації хворих на глаукому; за ред. Н. В. Пасечнікової. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2009. – С. 93–102.
5. *Black A. A.* Inferior visual field reductions are associated with poorer functional status among older adults with glaucoma / A. A. Black, J. M. Wood, J. E. Lovie-Kitchin // Ophthalmic. Physiol. Opt. – 2011. – Vol. 31, № 3. – P. 283–291.
6. *Emmerich G. M.* Psychosomatic symptoms in somatic diseases - open-angle glaucoma for example / G. M. Emmerich // Klin. Monbl. Augenheilkd. – 2010. – Vol. 227, № 8. – P. 638–645.

7. *Karna-Matyjaszek U.* Acceptance of own disease by patients with diagnosed glaucoma / U. Karna-Matyjaszek, R. Sierzantowicz, Z. Mariak // *Pol. Merkur. Lekarski.* – 2010. – Vol. 28, № 163. – P. 37–41.
8. *Living a healthy life with chronic conditions: 3rd ed.* / K. Lorig, H. R. Holman, D. Sobel [et al.]; ed. : C. O. Boulder. – Bull. Publishing, 2006. – 458 p.
9. *Lunnela J.* Adherence of Finnish people with glaucoma to treatment plans and connected factor / J. Lunnela, M. Kaariainen, H. Kyngas // *Int. J. Circumpolar. Health.* – 2011. – Vol. 70, № 1. – P. 79–89.
10. *Patients' experience of living with glaucoma: a phenomenological study* / P. X. Wu, W. Y. Guo, H. O. Xia [et al.] // *J. Adv. Nurs.* – 2011. – Vol. 67, № 4. – P. 800–810.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕДИЦИНСЬКОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ БОЛЬНИХ ПЕРВИЧНОЇ ОТКРИТОУГОЛЬНОЇ ГЛАУКОМОЮ

А. Б. Мишенин, Д. В. Варивончик (Київ)

Установлено, що під впливом заходів медичної реабілітації серед хворих ПОУГ груп дослідження (ІА, ІБ, ІІ) порівняно з групою контролю (ІІІА, ІІІБ) спостерігалися позитивні соціально-психологічні зміни (за показателями відношення шансів – OR): підвищення якості життя (1,1–1,2) і якості зору (1,1); покращення психопатологічного профілю – зменшення проявів синдрому депресії (1,4); підвищення приверженості хворих до лікування (1,7) ($p < 0,05$).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: глаукома, медична реабілітація, якість життя, якість зору, патопсихологічні зміни особистості, приверженість хворих до лікування.

MEDICAL AND SOCIAL EFFICIENCY OF MEDICAL REHABILITATION SYSTEM FOR PATIENTS WITH PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

A. B. Mishenin, D. V. Varyvonchuk (Kyiv)

Positive sociopsychological effects that concluded the medical rehabilitation measures taken were detected among the research group of primary open-angle glaucoma (POAG) patients, compared to the control group (according to the chance relation indexes – OR): quality of life surge (1,1–1,2), quality of vision surge (1,1); improvement of psychopathological profile – reduction of depression syndrome symptoms (1,4); increase in patients' medical treatment adherence (1,7) ($p < 0,05$).

KEY WORDS: glaucoma, medical rehabilitation, quality of life, pathopsychological personality disorders, treatment adherence of patients.

Рецензент: д.мед.н., проф. С. О. Риков