

УДК 617.7

© В.М. ЖДАНОВА, 2014  
В.М. Жданова**ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ  
ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ З ОКОРУХОВИМИ  
ПОРУШЕННЯМИ****ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад.  
А.П. Ромоданова НАМН України», Київ**

**Вступ.** Інструменту оцінки визначення якості життя хворих з окоруховими порушеннями (ОРП) та проведення динамічного спостереження в процесі лікування не існує, відсутній спосіб та нозологічно-специфічні шкали.

**Мета.** Створити спосіб оцінки якості життя хворих з ОРП, що дозволить об'єктивізувати результати лікування та сприятиме проведенню динамічного спостереження за хворими з ОРП в процесі лікування.

**Матеріали та методи.** Робота виконана на аналізі результатів 200 хворих з ОРП. Роблена методика бального оцінювання та створена Шкала якості життя хворих з ОРП, для оцінювання запропоновано авторський ряд прийнятих для дослідження нозологічно-специфічних показників: неврологічна симптоматика, фізичні, психічні, соціальні показники. Кількість балів 45-31 – свідчить про умовно «високий» рівень якості життя хворого, 30-16 балів – «середній» або «хороший», 0-15 – «низький» або «незадовільний». Аналізуються не лише ступінь ураження III,IV,VI ЧН, але і вплив фізичного дефекту на життєдіяльність хворого, рівень його функціональних можливостей.

**Висновки.** Використання створеного способу оцінки якості життя хворих з ОРП за допомогою Шкали дозволяє проводити динамічне спостереження в процесі лікування та об'єктивізувати результати лікування.

**Ключові слова:** відновне лікування, окорухові порушення, шкала оцінювання, якість життя.

**ВСТУП**

Порушення рухливості очних яблук - окорухові порушення (ОРП), обумовлені ураженням III,IV,VI черепних нервів (ЧН) часто зустрічаються у неврологічних та нейрохірургічних хворих з ЧМТ, судинною патологією, пухлинами головного мозку, запальними процесами ЦНС. Паралітична косоокість значно погіршує якість життя хворих, обмежує фізичну, побутову та соціальну активність. Обмеження побутової та соціальної активності, що виникли у зв'язку із захворюванням неможливо виразити в кілограмах, сантиметрах чи якихось інших міжнародних одиницях. Необхідність виміряти вираженість патологічних змін потребує створення одиниць виміру обмежень, таким інструментом оцінки є тести, опитувальники та бальні шкали. У хворих, що перенесли ЧМТ, порушення кровообігу головного мозку, ураження спинного мозку існують шкали та опитувальники для визначення якості життя та проведення

динамічного спостереження за результатами лікування. Вони дозволяють отримувати інформацію про стан хворих з різними неврологічними проявами: оцінити тонус та силу м'язів, спастичу, оцінити рівень болю або локальні функціональні порушення (функцію кисти) та інше [1,3].

Інструменту оцінки визначення якості життя пацієнтів з дисфункцією III, IV, VI ЧМ та проведення динамічного спостереження в процесі лікування не існує, відсутній спосіб та нозологічно-специфічні шкали, які можуть бути використаними для визначення якості життя хворих з ОРП.

Мета. Створити спосіб оцінки якості життя хворих з ОРП, що дозволить об'єктивізувати результати лікування та сприятиме проведенню динамічного спостереження за хворими з ОРП в процесі лікування.

### **МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ**

Робота виконана на аналізі результатів лікування 200 хворих з ОРП, що знаходились в Інституті нейрохірургії 2004-2014 рр. Жінок було 106, чоловіків – 94, вік 16-78 років. В ранній післяопераційний період проводилось відновне лікування 91 хворому після виключення мішководних аневризм супракліноїдного відділу внутрішньої сонної артерії, 54 – після видалення пухлин (аденом гіпофіза – 19, менінгеом - 23, невриноом слухового нерва -12), після ЧМТ (55 пацієнтів).

Була розроблена методика бального оцінювання та створена Шкала якості життя хворих з ОРП, в якій для оцінювання запропоновано авторський ряд прийнятих для дослідження нозологічно-специфічних показників: неврологічна симптоматика, фізичні, психічні, соціальні показники. За прототип були взяті «Реабілітаційний профіль активності» (Rehabilitation activities profile за С.М Van Bennecom та співавт., 1995) та «Шкала інсульту» (National Institutes of Health (NIH) Stroke Scale по J.Biller і співав., 1990; Т. Brott і співав., 1989). «Реабілітаційний профіль активності» побудований за принципом «питання – відповідь», в ньому пропонуються три варіанти відповіді, кожний з яких оцінюється в балах. Крім самооцінки пацієнта у «Шкалі інсульту» враховуються оцінки, виставлені медичним персоналом [1,3].

Пацієнтам та медичному персоналу (лікару) до початку курсу лікування, після закінчення та через 1,5-2 місяці було запропоновано відповісти на запитання Шкали визначення якості життя. Кожен варіант відповіді оцінювався певною кількістю балів. По закінченню тестування бали підсумовувались та вираховувався сумарний бал, порівнювались величини сумарного балу до лікування та після курсу лікування.

### **РЕЗУЛЬТАТИ**

Отримано Патент № 43490 «Спосіб визначення якості життя хворих з око-руховими порушеннями» [2]. Спосіб здійснюється таким чином: хворий та лікар заповнюють запропоновані шкали: шкалу А - хворий, шкалу В – лікар. Позначається найбільш прийнятний в момент обстеження варіант з трьох відповідей на кожне з 15 питань пацієнтом та варіант з чотирьох відповідей на кожне з 5 питань лікарем. Згідно рекомендаціям ВООЗ стан хворих

оцінюється не лише з позицій вираженості патологічного процесу, але і з точки зору впливу захворювання чи травми на самообслуговування, побутову та соціальну активність пацієнта. Співставлення результатів лікарського спостереження з даними, отриманими в результаті опитування пацієнта дозволяють суттєво розширити уявлення про функціональний дефект та ступінь адаптації до нього пацієнта.

Таблиця

**Шкала якості життя хворих з окоруховими порушеннями  
Шкала А (заповнюється пацієнтом)**

№	Питання	2 бали	1 бал	0 балів
1	Чи є у вас «двоїння» предметів? Чи є у вас косоокість (горизонтальна чи вертикальна)?	відсутнє	незначне	виражене
2	Чи порушена рухливість очних яблук?	не порушена	рухливість обмежена	рухливість відсутня (мінімальна)
4	Чи є опущення верхньої повіки?	відсутнє	часткове	повне
5	Чи є можливість читати (дивлячись обома очима, не заплющуючи око)?	читання можливе (звичайне)	можливо, але важко через «двоїння»	неможливо через двоїння
6	Чи є можливість писати (дивлячись обома очима, не заплющуючи око)?	не порушена (звичайна)	можливо, але важко через «двоїння»	неможливо через двоїння
7	Чи порушена координація рухів?	ні	частково	так
8	Чи впливає «двоїння» на повсякденну діяльність?	ні	частково	значно
9	Чи турбують супутні неврологічні симптоми (головний біль, хиткість, запаморочення)?	відсутні	з'являються при зоровому навантаженні	постійні
10	Чи потрібна стороння допомога?	ні	інколи	так, постійно
11	Чи спілкуєтесь ви з друзями, знайомими?	так	з вузьким колом (з одним, двома)	ні
12	Чи змінився ваш стиль життя?	звичайний	частково змінився	значно змінився
13	Чи вільно ви орієнтуєтесь у звичній обстановці (кімната, квартира)?	так	незручно	орієнтування значно порушено
14	Чи можете виходити на вулицю?	так	у супроводі	ні
15	Чи відчуваєте стан апатії, зниження настрою, психологічний	симптоми відсутні	зрідка	симптоми постійні

## Шкала В (дані обстеження лікарем)

№	Показники	3 бали	2 бали	1 бал	0 балів
1	Об'єм рухів очного яблука по горизонталі (за Головіним С.С)	нормальний (від центральної лінії очного яблука 46° до середини та 43° назовні)	злегка обмежений (від центральної лінії 21° - 42° назовні або 21° - 45° досередини)	Значно обмежений (від центральної лінії 6°-20° до середини або назовні)	відсутній або мінімальний (0° - 5°)
2	Об'єм рухів очного яблука по вертикалі (за Головіним С.С.)	нормальний (від центральної лінії 37° догори та 53° донизу)	злегка обмежений (від центральної лінії 19° - 36° догори або 26°- 52° донизу)	Значно обмежений (від центральної лінії 6° - 18° догори або 27° - 52° донизу)	відсутній або мінімальний (0°- 5°)
3	Кут косоокості (за Гіршбергом)	нормальний (0° - 5°)	до 15° - світловий рефлекс на зіничному краї райдужної оболонки	до 45° - світловий рефлекс на краю рогівки	до 60° - світловий рефлекс за лібмом на склері
4	Наявність птозу	птоз відсутній	птоз I ступеню – частковий (верхня повіка опущена в порівнянні з нормою на 1-3 мм)	птоз II ступеню – неповний (верхня повіка опущена до середини зіниці)	птоз III ступеню – повний (верхня повіка повністю закриває очне яблуко)
5	Наявність мідріазу	відсутній (зіниці S=D) збережені пряма фотореакція та акомодация	анізокорія, зіниці злегка відрізняються в діаметрі, збережені пряма фотореакція та акомодация	анізокорія, зіниці значно відрізняються в діаметрі, пряма фотореакція значно ослаблена, частково збережена акомодация	зіниці значно відрізняються в діаметрі, відсутні зіничні фотореакції та акомодация

По закінченню тестування проводиться підсумовування балів та вираховується сумарний бал. При цьому кількість балів 45 – 31 – свідчить про умовно «високий» рівень якості життя хворого, 30-16 балів – «середній» або «хороший», 0-15 – «низький» або «незадовільний». Порівнюючи величину сумарного балу до лікування та після курсу лікування можна проводити динамічне спостереження за результатами лікування та оцінювати якість життя пацієнтів з окоруховими порушеннями. В динаміці визначається вираженість неврологічних проявів та рівень життєдіяльності хворого. Аналізуються не лише ступінь ураження III, IV, VI черепних нервів, але і вплив фізичного дефекту на життєдіяльність хворого, рівень його функціональних можливостей.

Приклад. Хворий Я-ю О.Р., 39 років, переніс важку ЧМТ, спостерігалась невротія правого окорухового нерва: птоз II-III ст., обмеження рухливості очних яблук по горизонталі та вертикалі з наявністю розбіжної косоокості.

До початку лікування хворий обстежений за допомогою Шкали якості життя, сумарний бал був -4, що свідчило про умовно – «низький» або «незадовільний» рівень якості життя хворої. Проведено курс відновного лікування, в процесі лікування спостерігалась позитивна динаміка: зменшився птоз, нарід об'єм рухів очного яблука. Хворий повторно обстежений за допомогою Шкали якості життя, сумарний бал був - 22, що свідчило про умовно – «середній» рівень якості життя хворої. Хворому рекомендовано продовжити курс ЛФК протягом місяця самостійно з формуванням так званого «домашнього завдання». Оглянутий через 2 місяці, рухливість очного яблука догори, донизу і до середини відновилась у повному об'ємі. Пацієнт обстежений за допомогою Шкали якості життя, сумарний бал був - 42, що свідчило про умовно – «високий» рівень якості життя хворого.

### **ВИСНОВКИ**

Використання створеного способу оцінки якості життя хворих з ОРП за допомогою Шкали дозволяє проводити динамічне спостереження в процесі лікування та об'єктивізувати результати лікування хворих з ОРП.

### **Література**

1. Белова А.Н. Нейрореабілітація: керівництво для лікарів. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Антидор, 2007. – С.404-410.
2. Жданова В.М., Задоянний Л.В., Цимбалюк В.І. Патент на корисну модель №43490 МПК А61В8/10 "Спосіб оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями". - 2009. - Бюл. №16.
3. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации: под. ред. А.Н.Беловой, О.Н.Шепетовой. - М.: Антидор, 2002. - 440с.

### ***В.Н. Жданова***

#### **Применение методики определения качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями**

#### **ГУ «Институт нейрохирургии им. акад. А.П.Ромоданова»**

**Введение.** Инструмента оценки определения качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями (ГДН) и проведения динамического наблюдения в процессе лечения не существует, отсутствует способ и нозологически-специфические шкалы.

**Цель.** Создать способ оценки качества жизни больных с ГДН, позволяющий объективизировать результаты лечения, а также проведение динамического наблюдения за больными с ГДН в процессе лечения.

**Материалы и методы.** Работа выполнена на анализе результатов 200 больных с ГДН. Разработана методика бального оценивания и создана Шкала качества жизни больных с ГДН, для оценки предложен авторский ряд принятых для исследования нозологически-специфических показателей: неврологическая симптоматика, физические, психические, социальные показатели. Количество баллов 45-31 - свидетельствует об условно «высоком» уровне качества жизни больного, 30-16 баллов - «среднем» или «хорошем», 0-15 -

«низком» или «неудовлетворительном». Анализируются не только степень поражения III,IV,VI ЧН, но и влияние физического дефекта на жизнедеятельность больного, уровень его функциональных возможностей.

**Выводы.** Использование созданного способа оценки качества жизни больных с ГДН с помощью Шкалы позволяет проводить динамическое наблюдение в процессе лечения и объективизировать результаты лечения.

**Ключевые слова:** восстановительное лечение, глазодвигательные нарушения, шкала оценивания, качество жизни.

*V.M. Zhdanova*

### **The application of the methodology for determining the quality of life of patients with oculomotor disturbs**

**Introduction.** Assessment tool to determine the quality of life in patients with oculomotor disorders (OD) and the dynamic observation during treatment doesn't exist, and there is no way nosologically-specific scales.

**Purpose.** Create a way to assess the quality of life in patients with OD, allowing objectify the results of treatment, as well as the dynamic observation of patients with OD during treatment.

**Materials and Methods.** The analysis of 200 patients with OD are given. The technique of estimating the ball and created a scale of quality of life in patients with OD, the author proposed to assess a number of studies undertaken to nosologically-specific indicators: neurological symptoms, physical, mental, social indicators. Number of points 45-31 - indicates conventionally "high" level of quality of life of the patient, 30-16 points - the "average" or "good", 0-15 - "low" or "unsatisfactory." Examines not only the degree of damage III,IV,VI CN, but also the impact on the livelihoods of physical defect of the patient, the level of its functionality.

**Conclusions.** Using the established method of assessing the quality of life in patients with PAU using scales allows dynamic monitoring during treatment and objectify outcomes.

**Keywords:** rehabilitation treatment, oculomotor disturbances, the scale of assessment, quality of life.

#### **Відомості про автора:**

**Жданова Валентина Миколаївна** - к.мед.н., завідувача відділення відновного лікування та фізіотерапії Інституту нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова НАМН України. Адреса: м. Київ, вул. Платона Майбороди, 32, тел.: (044) 484-18-75.