

В. М. Жданова

ДУ «Інститут нейрохірургії імені А.П. Ромоданова НАМН України»
– м. Київ, Україна

УДК 616.013:616.833.13–036

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ З ОКОРУХОВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Паралітична косоокість, окрім косметичного дефекту, проявляється окоруховими порушеннями та супроводжується двоїнням предметів, хиткістю, головним болем, що значно погіршує якість життя хворих та впливає на їхню життєдіяльність. Функціональні зміни в м'язах ока можна об'єктивізувати, але обмеження побутової та соціальної активності, котрі виникають у зв'язку із паралітичною косоокістю, неможливо визначити в стандартних одиницях: відсутній спосіб і нозологічно-специфічні шкали визначення якості життя хворих з окоруховими порушеннями.

Мета роботи: розробити спосіб оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями. Для цього розроблено методику бального оцінювання та створено Шкалу якості життя хворих з окоруховими порушеннями. Кількість балів 45–31 – свідчить про умовно «високий» рівень якості життя хворого, 30–16 балів – «середній», або «задовільний», 0–15 – «низький», або «незадовільний».

Висновки. Використання запропонованого способу оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями дозволить об'єктивізувати результати лікування. Порівнюючи величину сумарного балу до та після лікування, можна проводити динамічне спостереження за результатами лікування.

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

Паралітична косоокість (ПК), окрім косметичного дефекту, супроводжується окоруховими порушеннями (ОРП), котрі викликають двоїння, хиткість, головний біль. ОРП значно погіршують якість життя (ЯЖ) хворих, впливають на життєдіяльність, обмежують фізичну активність. Функціональні зміни в м'язах ока можна об'єктивізувати [2,5,12], проте обмеження побутової та соціальної активності, котрі виникають у зв'язку із ПК, неможливо виразити в стандартних одиницях. Необхідність вимірювати вираженість патологічних змін диктує створення одиниць виміру обмежень, і таким інструментом оцінки є тести, опитувальники та бальні шкали.

Ураження III,IV,VI черепних нервів (ЧН) і обумовлені ними окорухові порушення часто зустрічаються у неврологічних та нейрохірургічних хворих з черепно-мозковими травмами, судинною патологією, пухлинами головного мозку, запальними процесами центральної нервової системи [3,9,10,11]. Відомі способи визначення ЯЖ та проведення динамічного спостереження за результатами лікування хворих, котрі перенесли черепно-мозкову травму, інсульту та судинні захворювання головного мозку, ураження спинного мозку. Вони дозволяють отримувати інформацію про

стан хворих з різними неврологічними проявами: оцінити спастичу, тонус та силу м'язів, оцінити рівень болю або локальні функціональні порушення (наприклад, функцію кисті) та інше [1,6,7,8]. Способу визначення ЯЖ хворих з ПК та нозологічно-специфічних шкал, які можуть бути використаними як інструмент оцінки для визначення ЯЖ пацієнтів із дисфункцією III, IV, VI ЧН, не існує.

Мета роботи: розробити спосіб оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 200 хворих з ОРП, які знаходились в Інституті нейрохірургії ім. акад. А.П.Ромоданова НАМН України в 2009–2016 рр., серед пацієнтів жінок – 84, чоловіків – 116, вік 18–76 років (середній вік $38\pm 3,7$). 98 хворим було проведено операції з приводу розривів мішководних аневризм супракліноїдного відділу внутрішньої сонної артерії, 45 – видалено пухлини (невриноми слухового нерва – у 18 хворих, аденоми гіпофіза – у 16, менінгеоми – у 11), 61 пацієнт – після черепно-мозкової травми. Відновне лікування проводилось у ранній післяопераційний період.

Результати та їх обговорення. Нами було розроблено методику 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 Bennesom та співавт., 1995) та «Шкала інсульту» (National Institute of Health (NIH) Stroke Scale за J. Biller та співавт., 1990; T. Brott та співавт., 1989). «Реабілітаційний профіль активності» побудований за принципом «питання – відповідь»; у ньому пропонуються три варіанти відповіді, кожний з яких оцінюється в балах. У «Шкалі інсульту», крім самооцінки пацієнта, враховуються оцінки, виставлені медичним персоналом [1,7].

Пацієнтам та медичному персоналу (лікаря) було запропоновано до початку курсу лікування, після закінчення та через 2–3 місяці відповісти на запитання Шкали визначення ЯЖ. 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.

Отримано Патент на корисну модель № 43490 МПК А61В8/10 «Спосіб визначення якості життя хворих з окоруховими порушеннями» [4]. Спосіб здійснюється таким чином: хворий та лікар заповнюють запропоновані шкали (рис.1): 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. Співставлення результатів лікарського спостереження з даними, отриманими в результаті опитування пацієнта, дозволило суттєво розширити уявлення про функціональний дефект та ступінь адаптації до нього пацієнта.

Після закінчення тестування проводили підсумовування балів та вираховували сумарний бал. Кількість балів 45–31 свідчила про умовно «високий» рівень ЯЖ хворого, 30–16 балів – «середній», або «задовільний», 0–15 – «низький», або «незадовільний». Динамічне спостереження за результатами лікування та оцінювання ЯЖ пацієнтів з ОРП проводиться шляхом порівняння величини сумарного балу до та після курсу лікування.

Висновки

Таким чином нами розроблено спосіб оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями.

Використання в клінічній практиці запропонованого способу оцінки якості життя за допомогою Шкали ЯЖ дозволить об'єктивізувати результати лікування та сприятиме проведенню динамічного спостереження в процесі лікування хворих з окоруховими порушеннями.

Література

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А. Н. Белова. – [2-е изд.]. – М.: Антидор, 2007. – С. 404–410.
2. Бойчук И. М. Особенности биоэлектрических потенциалов наружных горизонтальных прямых мышц глаза при сходящемся и расходящемся содружественном неакомодационном косоглазии / И. М. Бойчук, В. П. Мазур // Офтальмологический журнал. – 2015. – № 6 (467). – С. 3–5.
3. Гусев Е. И. Неврология и нейрохирургия / Е. И. Гусев, А. Н. Коновалов, Г. С. Бурд. – М.: Медицина, 2000. – 656 с.
4. Патент №43490 Україна, МПК А61В8/10. «Спосіб оцінки якості життя хворих з окоруховими порушеннями» / Жданова В. М., Задоянний Л. В., Цимбалюк В. І. – 2009. – Бюл. № 16.
5. Кащенко Т. П. Новые возможности диагностики и лечения при глазодвигательной патологии / Т. П. Кащенко // IX съезд офтальмологов России: тезисы докл. – М., 2010. – С. 448–450.
6. Лисенюк В.П. Медична реабілітація: сучасні стандарти, тести, шкали та критерії ефективності. Низькоінтенсивна резонансна фізіотерапія та її застосування в реабілітаційній медицині: посібник / В. П. Лисенюк, І. З. Самосюк, Л. І. Фісенко [та ін.]. – К.: Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2007. – 264 с.
7. Шкалы, тесты, опросники в медицинской реабилитации / под. ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. – М.: Антидор, 2002. – 440 с.
8. Functional assessment in rehabilitation medicine / ed. C. V. Grandner, G. E. Gershman. – Baltimore, MD: Williams&Wilkins, 1984. – 344 p.
9. Heitger M. Eye movement and visuomotor arm movement deficits following mild closed head injury / M. Heitger, T. Anderson, R. Jones [et al.]. – Brain, 2004. – № 127. – P.575–590.
10. Kraus M. F. Oculomotor Function in Chronic Traumatic Brain Injury / M. F. Kraus, D. M. Little,

Шкала А (заповнюється пацієнтом)

№	Питання	2 бали	1 бал	0 балів
1	Чи є у вас «двоїння» предметів?	відсутнє	незначне	виражене
2	Чи є у вас косоокість (горизонтальна чи вертикальна)?	відсутня	незначна	виражена
3	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 запліщуючи око)?	читання можливе (звичайне)	можливо, але важко через «двоїння»	неможливо через двоїння
6	Чи є можливість писати (дивлячись обома очима, не запліщуючи 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 порушене
14	Чи можете виходити на вулицю?	так	у супроводі	ні
15	Чи відчуваєте стан апатії, зниження настрою, психологічний дискомфорт?	симптоми відсутні	зрідка	симптоми постійні

Шкала В (дані обстеження, заповнюється 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 осі очного яблука назовні – 43° та від центральної осі до перенісся – 46°)	злегка обмежений (від центральної осі 21° – 42° назовні або 21° – 45° до перенісся)	значно обмежений (від перенісся до центральної осі 6°–20° назовні або до перенісся)	відсутній або мінімальний (0° – 5°)
2	Об'єм рухів очного яблука по вертикалі (за Головіним С.С.)	нормальний (від центральної осі 37° догори та 53° донизу)	злегка обмежений (від центральної осі 19° – 36° догори або 26°– 52° донизу)	значно обмежений (від центральної осі 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 лімбом на склері
4	Наявність птозу	птоз відсутній	птоз I ступеня – частковий (верхня повіка опущена в порівнянні з нормою на 1–3 мм)	птоз II ступеня – неповний (верхня повіка опущена до середини зіниці)	птоз III ступеня – 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

Рис. 1. Шкала якості життя хворих з окоруховими порушеннями

- A. J. Donnell // J. Cog. Behav. Neurology. – 2007. – № 20. – P.170–178.
11. Marilyn F. K. The role of oculomotor function in the assesment of traumatic brain injury / F. K. Marilyn. – Brain, 2013. – № 146. – P. 573–589.
12. Sasaki T. Origins of surface potentials evoked by electrical stimulation of oculomotor nerves: are they related to electrooculographic or electromyographic events / T. Sasaki, K. Suzuki, M. Matsumoto [at al.] // J. Neurosurgery. – 2002. – № 97 (4). – P. 941–944.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

В. Н. Жданова

Паралитическое косоглазие, кроме косметического дефекта, проявляется глазодвигательными нарушениями и сопровождается двоением предметов, шаткостью, головной болью, что значительно ухудшает качество жизни больных и влияет на их жизнедеятельность. Функциональные изменения в мышцах глаза можно объективизировать, но ограничения бытовой и социальной активности, возникающие в связи с паралитическим косоглазием, невозможно выразить в стандартных единицах. Отсутствует способ и нозологически-специфические шкалы определения качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями.

Цель работы: разработать способ оценки качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями. Для этого разработана методика балльного оценивания и создана Шкала качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями. Количество баллов 45–31 свидетельствует об условно «высоком» уровне качества жизни больного, 30–16 баллов – «средний», или «удовлетворительный», 0–15 – «низкий», или «неудовлетворительный».

Выводы. Использование предлагаемого способа оценки качества жизни больных с глазодвигательными нарушениями позволит объективизировать результаты лечения. Сравняя величину суммарного балла до и после лечения можно проводить динамическое наблюдение за результатами лечения.

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

LIFE QUALITY DETERMINATION OF PATIENTS WITH OCULOMOTOR DISORDER

V. M. Zhdanova

The SI «Institute of Neurosurgery named after A.P.Romodanov of NAMS of Ukraine»

Kyiv, Ukraine

Introduction. Except cosmetic defects paralytic strabismus is manifested by oculomotor disorders and is accompanied by a doubling of objects, unsteadiness and headaches, significantly worsens the life quality of patients, affects the vital functions. Functional changes in the muscles of the eye can be objectified but limitations on civil and social activity, arising in connection with paralytic strabismus cannot be expressed in units. Neither method nor nosology-specific scales for estimation of patients' life quality with eye movement disorders exist.

Goal. Create a way to evaluate the quality of life of patients with eye movement disorders.

A point based methodology and Scale for life quality estimation of patients with eye movement disorders were created. Number of points 45–31 – indicates conditionally “high” level of life quality of the patient, points 30–16 – “average” or “good”, 0–15 – “low” or “unsatisfactory”.

Conclusions. Using the proposed method for evaluating the life quality of patients with oculomotor disorders objectifies the results of treatment. Dynamic monitoring of the treatment results can be carried out by comparing the value of the total score before and after treatment.

Key words: *medical rehabilitation, oculomotor disorders, assessment scale, life quality.*

Стаття надійшла до редакції 18.04.2016 р.