

И.И. Иванова¹, Н.Н. Черкес²

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНА ЗРЕНИЯ

¹ ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области», Калининград, Россия² ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области», Калининград, Россия

Обоснованы важность и необходимость создания стандартов качества жизни для ВИЧ-инфицированных пациентов с глазными заболеваниями. Разработан алгоритм обследования пациентов с сочетанием ВИЧ-инфекции и офтальмологической патологии. Доказано, что по мере нарастания выраженности поражения внутренних органов у ВИЧ-инфицированных больных пропорционально происходит снижение качества жизни. ВИЧ-инфицированные пациенты в 3–4-й стадии с сопутствующими атрофией зрительного нерва, увеитом, ретинитом характеризуются самым большим ухудшением качества жизни.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, офтальмологическая патология, качество жизни

QUALITY OF LIFE EVALUATION FOR HIV-INFECTED PATIENTS WITH EYE DISEASES

I.I. Ivanova¹, N.N. Cherkes²¹ Regional Clinical Hospital of the Kaliningrad Region, Kaliningrad, Russia² Infectious Diseases Hospital of the Kaliningrad Region, Kaliningrad, Russia

The importance and the need to establish standards for the quality of life for HIV-infected patients with eye diseases were proved. The scheme of follow-up of ophthalmic patients with HIV infection was created; it allows identifying the relationship between the organ of vision and quality of life of infected patients. An algorithm of examination of patients with a combination of HIV infection and ophthalmological pathology was developed. It is proved that with the growth of the severity of internal organ involvement in HIV-infected patients a decrease in quality of life occurs pro rata, particularly in patients in 3–4th stages of HIV infection associated with atrophy of the optic nerve, uveitis, retinitis. It was established that on the background of an effective anti-viral and vascular therapy of HIV-infected patients there is a positive dynamics of vision in patients with retinal angiopathies.

Key words: HIV infection, ophthalmic pathology, quality of life

Развитие медицины в XXI веке привело к изменению традиционного взгляда на проблему взаимоотношения болезни и больного. Новая концепция исследования качества жизни больного вновь вернула к жизни принцип профессора С.П. Боткина: «Лечить не болезнь, а больного» [1, 9].

В печати появился ряд работ, посвященных изучению качества жизни офтальмологических больных [3, 4, 5, 8]. Важность аспекта зрения для оценки качества жизни несомненна. Большой интерес представляет проблема изучения качества жизни ВИЧ-инфицированных больных с заболеваниями органа зрения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в настоящее время насчитывается около 40 млн ВИЧ-инфицированных. В мире живут 3,2 млн детей, инфицированных ВИЧ / больных СПИДом. В России число людей с ВИЧ-инфекцией в 2016 г. составило более 1 млн человек, в частности в Калининградской области – 9 694 человека.

Наблюдения за проявлениями заболеваний органа зрения при ВИЧ-инфекции свидетельствуют о большом разнообразии поражений, приводящих в ряде случаев к слобовидению и слепоте, что в значительной степени влияет на качество жизни этих больных [1]. Перечень самых серьезных офтальмологических осложнений включает:

- ретинопатию при ВИЧ-инфекции;
- цитомегаловирусный ретинит;
- хориоидит, вызываемый *Pneumocystis carinii*;

- токсоплазмозный ретинохориоидит;
- сифилитический хориоретинит;
- криптококковый хориоретинит;
- ретиниты, вызываемые вирусами *Varicella Zoster*, *Herpes Simplex*: острый некроз сетчатки, двусторонний острый некроз сетчатки, прогрессивный некроз наружных слоёв сетчатки [8].

Снижение зрения и другие проявления офтальмологических заболеваний накладывают существенное ограничение на повседневную жизнь больного, вынуждают пациента принимать медикаменты, обращаться за помощью и, тем самым, добиваться улучшения своего качества жизни. Ситуация, с которой сталкивается врач при наличии у больного ВИЧ-инфекции с поражениями зрительной системы, значительно сложнее. По данным социологов, примерно у трети этих больных присутствуют симптомы депрессии, у 48 % имеют место различные психические заболевания [1, 6]. Осознание факта того, что ВИЧ-инфекция в конечном итоге приводит к смертельному исходу, часто вызывает негативное отношение к своему здоровью, к медицинским рекомендациям, анкетированию и офтальмологическому обследованию.

Целью нашего исследования явилось создание специальной схемы наблюдения офтальмологических больных с ВИЧ-инфекцией, включающей основные методы исследования органа зрения и анкету оценки качества жизни этих больных, а также изучение зависимости между степенью снижения

зрительных функций и изменением уровня качества жизни.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследования выполнены в Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области».

Под наблюдением находились 450 больных, у которых зарегистрированы различные глазные заболевания. Для проведения исследования выбрана группа, состоящая из 50 ВИЧ-инфицированных больных, заинтересованных в сохранении зрительных функций, своей работоспособности и выполняющих назначения и рекомендации лечащих врачей.

Внутри группы выделены 6 подгрупп в зависимости от офтальмопатологии: 10 (20 %) пациентов с кератитами, 7 (14 %) – с катарактой, 10 (20 %) – с увеитом, 3 (6 %) – с цитомегаловирусным ретиinitом, 5 (10 %) – с атрофией зрительного нерва, 15 (30 %) – с нейроангиоретинопатией. Все 6 подгрупп состояли из больных с различными стадиями ВИЧ-инфекции, что позволило оценить и степень снижения качества жизни в зависимости от тяжести иммунодефицита.

Правая часть таблицы отражает количество больных с различными видами офтальмологических заболеваний, левая – уровень качества жизни в баллах.

Обследование производилось трижды: до лечения, после лечения и через 1 год после лечения. Во время первого обследования ответы на вопросы и само обследование требовали в среднем 30–40 минут, и на последующие обследования затрачивалось 20–30 минут. Офтальмологическое обследование с необходимой очковой коррекцией, назначением соответствующего лечения, повторные осмотры, мотивация необходимости проводимых лечебных мероприятий для повышения качества жизни боль-

ных помогли наладить психологический контакт, что способствовало продуктивной работе.

Анкетирование и обследование больных с 4-й стадией заболевания производилось в условиях инфекционной больницы, что не позволило провести им полный перечень необходимых исследований. В некоторых случаях для проведения анкетирования приходилось прибегать к помощи родственников из-за наличия у больных энцефалопатии и депрессивного состояния.

Исследование зрительных функций проводилось по обычным методикам. Острота зрения определялась с помощью таблицы оптотипов Головина – Сивцева, коррекция аномалий рефракции производилась с использованием стандартного набора пробных очковых стёкол. Границы полей зрения исследовались методом компьютерной периметрии. Офтальмотонус измерялся бесконтактным или аппланационным тонометром. Контрастная чувствительность исследовалась с помощью аппарата для измерения критической частоты слияния мельканий (КЧСМ). Обследование переднего и заднего отдела глазного яблока включало биомикроскопию и офтальмоскопию.

Для оценки качества жизни была выбрана укороченная версия опросника NEI VFQ-25 (National Eye Institute Visual Functional Questionnaire) 2000 г., надёжность и валидность которой подтверждена в работах ряда отечественных и зарубежных авторов [5, 7]. Опросник характеризует 12 основных показателей: общее здоровье; общий показатель состояния зрительных функций; боль в глазах; зрение вдаль и зрение вблизи; периферическое зрение; цветовое зрение; трудности при вождении автомобиля; психическое здоровье в связи с изменением зрения; ограничения в привычной деятельности; степень зависимости от окружающих в связи с состоянием зрительных функций. В ходе тестирования больному предлагалось выразить свой ответ на вопрос в бал-

Таблица 1

Общая характеристика группы больных

№	Диагноз	Количество обследованных	Стадия ВИЧ-инфекции
1	Вирусный кератит	10 больных	3А – 7 больных 3Б – 2 больных 4 – 1 больной
2	Катаракта, в том числе:	7 больных	3А – 4 больных 3Б – 1 больной 3В – 1 больной 4 – 1 больной
	начальная	2 больных	
	незрелая	4 больных	
	зрелая	1 больной	
3	Увеит	10 больных	2В – 1 больной 3А – 2 больных 3В – 1 больной 4 – 1 больной
4	Цитомегаловирусный ретинит	3 больных	3В – 2 больных 4 – 1 больной
5	Атрофия зрительного нерва	5 больных, из них: взрослых – 4 больных подростков – 1 больной	3А – 1 больной 3В – 3 больных 4 – 1 больной
6	Нейроангиопатия сетчатки	15 больных	2В – 3 больных 3А – 9 больных 3Б – 1 больной 3В – 2 больных

лах. Числовой показатель в каждой из шкал имеет значение от 0 до 100 баллов и отражает процентное отношение к максимально возможному результату. Сумма баллов по всем пунктам анкеты составляет «общий показатель качества жизни».

Была разработана «Схема наблюдения ВИЧ-инфицированных больных с заболеваниями органа зрения», состоящая из трёх основных частей:

1. Паспортная.
2. Опросник оценки уровня качества жизни.
3. Данные офтальмологического обследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Все исследуемые были разделены на 6 групп в зависимости от имеющихся глазных заболеваний (табл. 1).

При обследовании органа зрения (рис. 1) у больных с ВИЧ-инфекцией с различными проявлениями заболевания наиболее информативным показателем являлась степень снижения остроты зрения, что, как оказалось, тесно связано с качеством жизни больных.

Самый большой процент снижения остроты зрения в ходе обследования установлен у больных атрофией зрительного нерва. На фоне проведённого лечения и с течением времени динамика этого показателя отрицательная.

В группе больных с кератитами (20 %) у части больных имеются явная положительная динамика и рост уровня качества жизни от 80 до 100 баллов на фоне лечения, однако через 1 год у части больных возникают неоднократные рецидивы заболевания, что в значительной степени влияет на психическое здоровье, вызывает эмоциональные проблемы и приводит к снижению уровня качества жизни до 70 баллов.

ВИЧ-инфицированные больные с наличием катаракты отличаются стабильным повышением зрительных функций до 103 баллов в процессе ле-

чения, но им требуется проведение курса активной противовирусной, противовоспалительной терапии до экстракции катаракты и после операции. В одном случае, несмотря на все профилактические меры, у больной через 3 месяца возникла экссудативная отслойка сетчатки, потребовавшая курса интенсивной противовоспалительной терапии с последующей ограничивающей лазеркоагуляцией, что повлияло на снижение исходного уровня качества жизни во всей группе через 1 год до 96 баллов.

У больных с явлениями ретинита снижение остроты зрения происходит постоянно, но медленно и поэтому незначительно влияет на уровень жизни этой категории больных, и происходит снижение качества жизни от 70 до 30–40 баллов на фоне лечения.

Стабильно низким сохраняется показатель остроты зрения у больных с увеитами. Заболевание плохо поддаётся лечению, часто рецидивирует. Снижение зрения, соответственно, вызывает существенное снижение качества жизни этой категории больных до 30 баллов.

Отмечается умеренная положительная динамика зрения у больных с нейроангиопатиями сетчатки на фоне проводимой противовирусной и сосудистой терапии. Но эффект, достигнутый после курса лечения, непродолжительный, и поэтому уровень качества жизни у этих больных практически не меняется и составляет от 80 до 60 баллов.

ВЫВОДЫ

1. Создана «Схема наблюдения офтальмологических больных с ВИЧ-инфекцией», позволяющая выявить взаимосвязь между заболеваниями органа зрения и качеством жизни ВИЧ-инфицированных больных.
2. Степень снижения зрительных функций в процессе развития ВИЧ-инфекции оказывает

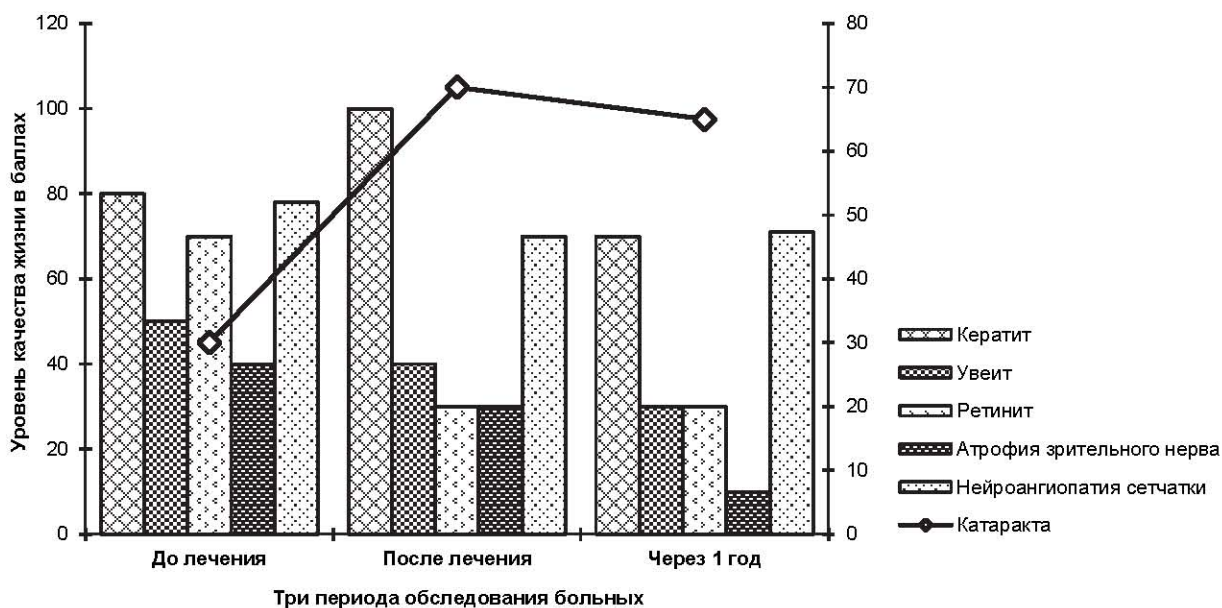


Рис. 1. Динамика изменения уровня качества жизни при различных офтальмологических заболеваниях у ВИЧ-инфицированных больных.

существенное влияние на качество жизни ВИЧ-инфицированных больных.

3. Наиболее значительное снижение зрительных функций и качества жизни отмечается у больных с 3–4-й стадией ВИЧ-инфекции при наличии у них атрофии зрительного нерва, увеита, ретинита.

ЛИТЕРАТУРА REFERENCES

1. Беляева В.В. Терминальная стадия ВИЧ-инфекции: психологические аспекты проблемы // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 1997. – № 6. – С. 29–31.

Belyaeva VV (1997). Terminal stage of HIV infection: psychological aspects of the problem [Terminal'naya stadiya VICH-infektsii: psikhologicheskie aspekty problemy]. *Epidemiologiya i infeksionnye bolezni*, (6), 29–31.

2. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: ЭЛБИ, 1999. – 139 с.

Novik AA, Ionova TI, Kaynd P (1999). The study concept of quality of life in medicine [Kontseptsiya issledovaniya kachestva zhizni v meditsine], 139.

3. Либман Е.С., Гальперин М.Р., Гришина Е.Е., Сенкевич Н.Ю. Подходы к оценке качества офтальмо-

логических больных // Клиническая офтальмология. – 2002. – № 3. – С. 119.

Libman ES, Galperin MR, Grishina EE, Senkevich NY (2002). Approaches to evaluating the quality of ophthalmic patients [Podkhody k otsenke kachestva oftal'mologicheskikh bol'nykh]. *Klinicheskaya oftal'mologiya*, (3), 119.

4. Cunningham ET, Margolis TP (1998). Ocular manifestation of HIV infection. *N. Engl. J. Med.*, (339), 236–244.

5. Hart PM, Chakravarthy U, Stevenson MR (1998). Questionnaire-based survey on the importance of quality of life measures in ophthalmic practice. *Eye*, (1), 124–126.

6. Kosmidis P (1996). Quality of Life as new end point. *Chest*, 109 (5), 110.

7. Mangione CM, Lee PP, Gutierrez PR (2001). The National Eye Institute 25-Item Visual Function Questionnaire (VFQ-25), version 2000. *Arch. Ophthalmol.*, (119), 1050–1058.

8. Rubin GS, Bandeen-Roche K, Huang GH, Munoz B, Schein OD, Fried LP, West SK (2001). The association of multiple visual impairment with self-reported visual disability: SEE project. *Ophthalmology. Vis. Sci.*, 42 (1), 64–72.

Сведения об авторах Information about the authors

Иванова Инесса Ивановна – заведующая отделением микрохирургии глаза ГБУЗ «Областная клиническая больница Калининградской области» (236016, г. Калининград, ул. Клиническая, 74; тел.: 8 (4012) 57-86-05; e-mail: inessaivanovna@mail.ru)
Ivanova Inessa Ivanovna – Head of the Ward of Eye Microsurgery of Ophthalmologist of Regional Clinical Hospital of the Kaliningrad Region (236016, Kaliningrad, Klinicheskaya str., 74; tel.: +7 (4012) 57-86-05; e-mail: inessaivanovna@mail.ru)

Черкес Николай Николаевич – заместитель главного врача, руководитель Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями ГБУЗ «Инфекционная больница Калининградской области» (236000, г. Калининград, ул. Желябова, 6/8; тел.: 8 (4012) 21-88-83; e-mail: cherkes-nik-nik@rambler.ru)

Cherkes Nikolay Nikolaevich – Deputy Chief Physician, Head of the Center for Prevention and Control of AIDS and Infectious Diseases of Infectious Diseases Hospital of the Kaliningrad Region (236000, Kaliningrad, Zhelyabov str., 6/8; tel.: +7 (4012) 21-88-83; e-mail: cherkes-nik-nik@rambler.ru)