УДК 612.013:617.75:616.432 – 006.55 – 089

Оцінка якості життя хворих з зоровими порушеннями, оперованих з приводу гормонально неактивних аденом гіпофіза

К. С. Єгорова, канд. мед. наук; **О. Є. Скобська,** д-р мед. наук; **В. М. Жданова,** канд. мед. наук; **М.О. Гук,** д-р мед. наук

ДУ «Інститут нейрохірургії ім. акад. А. П. Ромоданова НАМН України»;

Київ (Україна)

E-mail: iegorova_katya@ukr.net

Актуальність. *Зорові порушення у хворих на гормонально-неактивні аденоми гіпофіза (ГНАГ) займають ведучу роль в клінічному перебігу захворювання. Часткова чи повна втрата зору впливає на якість життя (ЯЖ) хворих, що призводить до дефіциту самообслуговування, зниження продуктивності праці, та незадовільно впливає на рівень їх соціальної адаптації. Розробка опитувальника для вивчення ЯЖ хворих з зоровими порушеннями при ГНАГ надасть змогу динамічного спостереження та оцінки якості надання медичної допомоги.*

Мета*. Розробити та впровадити спосіб оцінки якості життя хворих з зоровими порушеннями, оперованих з приводу гормонально неактивних аденом гіпофіза.*

Матеріал і методи. *Проведено аналіз результатів діагностики та лікування 100 хворих ГНАГ, які мали зорові порушення, знаходились на лікуванні у відділенні трансфеноїдальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» в період з 2017 по 2018 рр. Проведено клініко-неврологічне, офтальмологічне, отоневрологічне обстеження, комплекс нейровізуалізуючих обстежень. Була розроблена методика бального оцінювання зорових порушень та створена Шкала ЯЖ хворих з зоровими порушеннями, в якій для оцінювання запропоновано авторський ряд прийнятих для дослідження нозологічно-специфічних показників: офтальмологічна симптоматика, фізичні, психічні та соціальні показники.*

Результати. *Хворий та лікар заповнюють запропоновані шкали: шкалу А - хворий, шкалу В – лікар. Позначається найбільш прийнятий в момент обстеження варіант з трьох відповідей на кожне з 15 питань пацієнтом та варіант з чотирьох відповідей на кожне з 5 питань лікарем. По закінченню тестування проводиться підсумовування балів та вираховується сумарний бал. Кількість балів 45-31 – свідчить про умовно «високий» рівень ЯЖ пацієнта, 30-16 балів – «середній» або «хороший», 0-15 – «низький» або «незадовільний». Порівнюючи величину сумарного балу до та після лікування, можна проводити динамічне спостереження за результатами лікування та оцінювати ЯЖ хворих з зоровими порушеннями при ГНАГ. Аналізуються не лише ступінь ураження зорового та окорухових черепних нервів, але і вплив фізичного дефекту на життєдіяльність хворого, рівень його функціональних можливостей.*

Висновки. *Впровадження способу оцінки якості життя хворих з зоровими порушеннями за допомогою розробленої Шкали дозволяє проводити динамічне спостереження в процесі лікування та об'єктивізувати результати лікування хворих на ГНАГ.*

Ключові слова:

гормонально-неактивні аденоми гіпофіза, зорові порушення, окорухові порушення, шкала оцінювання, якість життя

Вступ. Аденома гіпофіза (АГ) – новоутворення, які розвиваються з клітин аденогіпофіза, та складають 20 – 25% всіх позамозкових внутрішньочерепних пухлин. Зорові розлади у хворих з гормонально-неактивними АГ (ГНАГ) займають ведучу роль та спостерігаються у 40-65% хворих. Зниження гостроти зору – 38-68,5%; порушення поля зору – 68-70%. Маніфестація зорових порушень спостерігається у 30 – 62% хворих [1, 2, 3, 4].

Окорухові порушення (ОРП) виникають у випадках розповсюдженні пухлини в кавернозний синус при класичному перебігу у 1,4-17% хворих та у 45-57% – при інсультоподібному [5, 6, 7]. Паралітична косоокість супроводжується обтяжливим для хворих двоїнням в очах, запамороченням, головним болем, хиткістю під час ходьби, нудотою. Частіше зустрічається ураження окорухового нерва (III ЧН), що проявляється птозом, мідріазом, обмеженням руху очного яблука догори, донизу та досередини. Атрофія зорового нерва

© Єгорова К. С., Скобська О. Є., Жданова В. М., Гук М.О., 2020

розвивається внаслідок тривалої компресії хіазми у 31-72% хворих та може бути причиною сліпоти у 3,5-16% [8, 9].

В 1948 р. ВООЗ пропонувала нове визначення здоров'я, як стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороби. В цей же час в медицині з'являється поняття «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» та спроби оцінити цей важливий та неоднозначний параметр [10].

Часткова чи повна втрата зору впливає на якість життя (ЯЖ) хворих, що призводить до дефіциту самообслуговування, зниження продуктивності праці та незадовільно впливає на рівень їх соціальної адаптації. Важливим завданням є не тільки рання діагностика та хірургічне лікування хворих на ГНАГ, а й збереження та покращення ЯЖ. Цей комплексний показник найкращим чином відображає перспективи хворого та осіб, які доглядають за ним. [11].

Оцінка ЯЖ – багатомірне поняття, яке включає фізичні, психічні та соціальні показники, а також наявність та ступінь вираженості симптомів хвороби, з урахуванням результатів її лікування [12].

У відомих способах інструментом оцінки є тести, опитувальники та бальні шкали. Існує багато опитувальників для оцінки ЯЖ пацієнтів з офтальмологічними проявами: загальні (SF-36, SIP, EQ5D), зороспецифічні (VF-14, NEI-VFQ, NEI-VFQ-25, ADVS), глаукомоспецифічні (GSS, COMTOL, GQL-15, SIG). Серед зороспецифічних опитувальників найбільш відомими є NEI-VFQ та NEI-VFQ-25 [13, 15, 16].

NEI-VFQ (The National Eye Institute Visual Function Questionaire), розроблений Національним офтальмологічним інститутом США, широко використовується при оцінці ЯЖ хворих на центральну дистрофію сітківки, діабетичну ретинопатію, глаукому, катаракту. Анкета містить 51 питання, які згруповані у 12 розділів та побудована за принципом «Питання – відповідь», відповіді оцінюються в балах. До її недоліків відносять тривалий час заповнення, велику кількість запитань, в зв'язку з чим було запропоновано скорочену версію опитувальника. NEI VFQ – 25 (The 25-item National Eye Institute Visual Function Questionaire) складається з 25 питань, згрупованих у 12 розділів, що відображають показники загального стану, загальну оцінку функції зору, біль в очах, зір вдалину та зблизька, периферійний зір, кольоровідчуття, соціальне функціонування, психічне здоров'я, трудову діяльність і залежність від сторонньої допомоги. [13, 14, 15].

Існують суб'єктивні (оцінка лікуючого лікаря) та об'єктивні (самооцінка) підходи до оцінки ЯЖ, однак найбільш доцільне поєднання підходів. Оцінка ЯЖ, яка виконана хворим, є цінним та надійним показником його стану та в поєднанні з лікарським заключенням дозволяє скласти цілісну картину перебігу захворювання. Труднощі у визначенні ступеня втрати ЯЖ хворими виникає в 70% випадків. Тому доцільне комплексне клініко-інструментальне обстеження хворого, що дозволяє максимально об'єктивно оцінити кількісні та якісні критерії інтегрального поняття ЯЖ пацієнта та надає можливість прогнозувати динаміку термінів та якості соціальної адаптації, трудової активності.

Розробка опитувальника для вивчення ЯЖ хворих з зоровими порушеннями при ГНАГ надасть змогу динамічного спостереження та оцінки якості надання медичної допомоги.

Мета дослідження. Розробити та впровадити спосіб оцінки якості життя хворих з зоровими порушеннями, оперованих з приводу гормонально неактивних аденом гіпофіза.

Матеріал і методи

Робота ґрунтується на аналізі результатів діагностики та лікування 100 хворих ГНАГ, які мали зорові порушення, знаходились на лікуванні у відділенні трансфеноїдальної нейрохірургії ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України» в період з 2017 по 2018 рр. Жінок було 42 (42%), чоловіків – 58 (58%). Вік обстежених коливався від 24 до 76 років, середній – 55,5±2,07 років.

Усім хворим проведене нейрохірургічне лікування: видалення АГ транссфеноїдальним доступом за офтальмологічними показами. Проводилось клініко-неврологічне, офтальмологічне, отоневрологічне обстеження (традиційний оториноларингологічний огляд з оцінкою функції черепних нервів). Виконувався комплекс нейровізуалізуючих обстежень: прицільна рентгенографія турецького сідла, магніторезонансна томографія (МРТ), комп'ютерна томографія (КТ). МРТ головного мозку виконана всім пацієнтам, прицільна рентгенографія турецького сідла – 72 хворим. Рентгенографія проводилась на апараті «AXIOM Iconos» R100 (Siemens, Німеччина) та «Radrex-I» (Toshiba, Японія). МРТ дослідження виконували на томографі «Intera 1,5 TI» (Philips, Нідерланди) з індукцією магнітного поля 1,5 Т. Стандарний протокол дослідження головного мозку, а також дослідження гіпофіза включали зрізи у T1WI та T2WI.

Нейроофтальмологічне обстеження включало візометрію, біомікроскопію, автоматичну статичну периметрію «Centerfield 2», (Німеччина), офтальмоскопію (пряму та зворотню). Птоз розподілений за ступенем: I ступеня – частковий (верхня повіка опущена в порівнянні з нормою на 1-3 мм), II ступеня – неповний (верхня повіка опущена до середини зіниці), III ступеня – повний (верхня повіка повністю закриває очне яблуко). Об'єм рухів очних яблук визначали в кожному з чотирьох головних напрямків за С.С. Головіним: нормальний (від центральної лінії 37° догори, 53° донизу, 43° назовні та 46° до середини), злегка обмежений (від центральної лінії 19-36° догори або 26-52° донизу або 21-42° назовні або 21-45° до середини), значно обмежений (від центральної лінії 6-20° назовні або до середини або 6-18° догори або 27-52° донизу, відсутній або мінімальний (0-5°).

Була розроблена методика бального оцінювання зорових порушень та створена Шкала ЯЖ хворих з зоровими порушеннями, в якій для оцінювання запропоновано авторський ряд прийнятих для дослідження нозологічно-специфічних показників: офтальмологічна симптоматика, фізичні, психічні, соціальні показники. За прототип були взяті «Реабілітаційний профіль активності» (Rehabilitation activities profile за C.M Van Bennecom та співавт., 1995) та NEI VFQ – 25 (C.M. Mangione, P.P. Lee та співавт., 2001).

Дослідження виконувалось відповідно принципів біоетики та схвалено комітетом з питань етики ДУ «Інститут нейрохірургії імені акад. А.П. Ромоданова НАМН України». Всі хворі були ознайомлені з особливостями діагностичних та лікувальних заходів та підписали форму «Інформована згода».

Статистичний аналіз проведено за допомогою комп'ютерної програми «Statistica 6.0». Результати дослідження представлені у вигляді середнього арифметичного та стандартної похибки середнього (M ± m).

Результати

Спосіб здійснюється таким чином: хворий та лікар заповнюють запропоновані шкали: шкалу А – хворий (табл. 1), шкалу В – лікар (табл. 2). Позначається найбільш прийнятий в момент обстеження варіант з трьох відповідей на кожне з 15 питань пацієнтом та варіант з чотирьох відповідей на кожне з п'яти питань лікарем. Згідно рекомендаціям ВООЗ стан хворих оцінюється не лише з позицій вираженості патологічного процесу, а й з точки зору впливу захворювання чи травми на можливість самообслуговування, побутову та соціальну активність пацієнта [10]. Співставлення результатів лікарського спостереження з даними, отриманими в результаті опитування пацієнта, дозволяє суттєво розширити уявлення про функціональний дефект та ступінь адаптації до нього пацієнта.

По закінченню тестування проводиться підсумовування балів та вираховується сумарний бал. Кількість балів 45-31 – свідчить про умовно «високий» рівень ЯЖ пацієнта, 30-16 балів – «середній» або «хороший», 0-15 – «низький» або «незадовільний». Порівнюючи величину сумарного балу до лікування та після лікування можна проводити динамічне спостереження за

Таблиця 1. Шкала якості життя хворих з зоровими порушеннями. Шкала А (заповнюється пацієнтом)

№	Питання	2 бали	1 бал	0 балів
1	Чи маєте порушення зору?	відсутнє	незначне	виражене
2	Чи можете бачити вдалину(в окулярах, якщо ви користуєтесь)?	можливе	можливо, але є певні труднощі	неможливо
3	Чи є можливість читати та писати (в окулярах, якщо ви користуєтесь)?	можливе	можливо, але є певні труднощі	неможливо
4	Чи порушений боковий зір?	ні	частково	значно
5	Чи можете робити звичні речі на близькій відстані (гоління, зачіска, макіяж)?	ні	частково	так
6	Чи є у вас «двоїння» предметів?	відсутнє	незначне	виражене
7	Чи є опущення верхньої повіки?	відсутнє	часткове	повне
8	Чи заплющуєте одне око при роботі на близькій відстані	ні	інколи	так
9	Чи турбують супутні неврологічні симптоми (головний біль, хиткість, запаморочення)?	відсутні	періодично	постійні
10	Чи потрібна стороння допомога в повсякденній діяльності?	ні	інколи	так, постійно
11	Чи не заважає зоровий дискомфорт спілкуватися 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 дискомфорт?	симптоми відсутні	зрідка	симптоми постійні

Таблиця 2. Шкала В (дані обстеження, заповнюється лікарем)

№	Показники	3 бали	2 бали	1 бал	0 балів
1	Гострота зору (з корекцією)	1.0 і більше	0,5 – 0,9	0,1 – 0,4	<0,1
2	Поле зору (по показнику MD)	< -2 дБ	Від -2 дБ до -10 дБ	Від -10,1 дБ до -20 дБ	>-20 дБ
3	Об'єм рухів очного яблука	нормальний	злегка обмежений	значно обмежений	відсутній або мінімальний
4	Наявність птозу	птоз відсутній	птоз I ступеня – частковий	птоз II ступеня – неповний	птоз III ступеня – повний
5	Наявність мідріазу	відсутній (зіниці D=S) збережені пряма фотореакція та акомодація	анізокорія, зіниці злегка відрізняються в діаметрі, збережені пряма фотореакція та акомодація	анізокорія, зіниці значно відрізняються в діаметрі, пряма фотореакція значно ослаблена, частково збережена акомодація	зіниці значно відрізняються в діаметрі, відсутні зіничні фотореакції та акомодація

результатами лікування та оцінювати ЯЖ хворих з зоровими порушеннями. Аналізуються не лише ступінь ураження зорового та окорухових черепних нервів, а й вплив фізичного дефекту на життєдіяльність хворого, рівень його функціональних можливостей.

Клінічне спостереження

Хворий І-в В.Г., 45 років, госпіталізований з приводу аденоми гіпофіза з ознаками гіпофізарної апоплексії. Спостерігалося легке зниження гостроти зору, випадіння полів зору по бітемпоральному типу та невропатія правого окорухового та відвідного нерва: птоз I ступеня, обмеження рухливості очного яблука у всіх напрямках з наявністю збіжної косоокості. До початку лікування хворих обстежений за допомогою «Шкали ЯЖ», сумарний бал був 10, що свідчило про умовно «низький» або «незадовільний» рівень ЯЖ хворого. Проведено видалення пухлини, спостерігалася позитивна динаміка: зменшилось двоїння, покращився периферійний зір. Хворий повторно обстежений за допомогою «Шкали ЯЖ», сумарний бал був 24, що свідчило про умовно «середній» рівень якості життя хворого. Хворий з рекомендаціями виписаний із стаціонару. Оглянутий через 2 місяці, гострота зору відновилася, зберігалось деяке звуження периферійного зору, рухливість очного яблука догори, донизу і до середини відновилася у повному обсязі. Пацієнт обстежений за допомогою «Шкали ЯЖ», сумарний бал був 41, що свідчило про умовно «високий» рівень якості життя хворого.

Запропонований спосіб оцінки ЯЖ хворих з зоровими порушеннями має низку переваг: не вимагає попереднього навчання, тривалість заповнення не більше 5 хвилин, прості та зрозумілі питання, легкий підрахунок, поєднання підходів (суб'єктивного та об'єктивного).

Висновки

Запропонований спосіб оцінки якості життя хворих з зоровими порушеннями за допомогою «Шкали» має бути інтегрована в загальну схему оцінки обстеження пацієнта з застосуванням об'єктивних інструментальних методів обстеження і дозволяє проводити динамічне спостереження хворих на ГНАГ в процесі лікування.

Література

1. **Abouaf L.** Neuro-ophthalmologic exploration in non-functioning pituitary adenoma / L. Abouaf, A. Vighetto, M. Lebas // Annals of Endocrinology. – 2015. – V. 76, №3. – P. 210-219.
2. Visual Defects in Patients With Pituitary Adenomas: The Myth of Bitemporal Hemianopsia / Lee I. H., Miller N.R., Zan E. [et al.] // Neuroradiology – 2015. – V.205, №5. – P. 512-518.
3. Visual field defects in 23 acromegalic patients / Kan E., Kan E.K., Atmaca A. [et al.] // Int. Ophthalmol. – 2013. – V. 33, №3. – P. 521–525.
4. Visual acuity and pattern of visual field loss at presentation in pituitary adenoma / Ogra S., Nichols A.D., Stylli S. [et al.] // J. Clin. Neurosci. – 2014. – V.21, №5. – P.735–740.
5. **Kim S.H.** Cranial nerve palsies accompanying pituitary tumour / S.H. Kim, K.C. Lee, S.H. Kim // J. of Clinical Neurosciense. – 2006. – №14. – P.1158 – 1162.
6. Surgical outcome of oculomotor nerve palsy in pituitary adenoma / Chuang C.C., Chen E., Huang Y.C. [et al.] // J. Cli№ Neurosci. – 2011. – V.18, №11. – P.1463 – 1468.
7. Third, fourth, and sixth cranial nerve palsies in pituitary apoplexy / Hage R., Eshraghi S.R., Oyesiku №M. [et al.] // World Neurosurg. – 2016. – №94. – P.447 – 452.
8. Giant pituitary adenoma manifesting as homonymous hemianopia / Nishimura M., Kurimoto T., Yamagata Y. [et al.] // Jp№ J. Ophthalmol. – 2007. – V. 51, №3. – P. 151–153.
9. **Kitthaweesin K.** Ocular manifestations of suprasellar tumors / K. Kitthaweesin, C. Ployprasith // J. Med. Assoc. Thai. – 2008. – V. 91, №5. – P. 711-715.

10. World Health Organizatio№ The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization // Soc. Sci. Med. – 2005. – V.41, № 10. – P.1403-1409.
11. **Johnson M.D.** Quality of life in patients with a pituitary adenoma / M.D. Johnson, C.J. Woodburn, M.L. Vance // Pituitary. – 2003. – V. 6, № 2. – P. 81-87.
12. **Aaronson K.** Quality of life: what is it? How should it be measured? / №K. Aaronson // Oncology (Williston Park) – 1988. – V.2. № 5. – P. 69-76.
13. Development of the 25-item National Eye Institute Visual Function Questionnaire / Mangione C.M., Lee P.P., Gutierrez P.R. [et al.] // Arch Ophthalmol. – 2001. – V. 119, № 7. – P. 1050-1058.
14. Quantitative evaluation of vision-related and health-related quality of life after endoscopic transsphenoidal surgery for pituitary adenoma / Wolf A., Coros A., Bierer J. J. // Neurosurg. – 2017. – V. 127, № 2. – P. 409-416.
15. **Макаренко О.В.** Оцінка якості життя пацієнтів із первинною відкритокутовою глаукомою та шляхи раціональної фармакотерапії при цій патології / О.В. Макаренко, О.В. Кривов'яз, С.О. Кривов'яз // Рациональная фармакотерапія – 2016. – №.2. – С. 32-40.
16. **Муслимова З.Р.** Восстановительное лечение больных со зрительными нарушениями после удаления опухолей хиазмально-селлярной области: дис. ..канд. мед. наук:14.01.07 / З.Р. Муслимова. – С-П., 2016. – 123 с.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Поступила 13.03.2020

Оценка качества жизни больных со зрительными нарушениями, оперированных по поводу гормонально неактивных аденом гипофиза

Єгорова Е.С., Скобская О.Е., Жданова В.Н., Гук Н.А.

ГУ «Институт Нейрохирургии им. акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины»; Киев (Украина)

Введение. *Зрительные нарушения у больных гормонально-неактивными аденомами гипофиза (ГНАГ) занимают ведущую роль в клиническом течении заболевания. Частичная или полная потеря зрения влияет на качество жизни (КЖ) больных, что приводит к дефициту самообслуживания, снижению продуктивности труда, неблагоприятно влияет на уровень социальной адаптации. Разработка опросника для изучения КЖ больных со зрительными нарушениями даст возможность динамического наблюдения и оценки качества оказания медицинской помощи.*

Цель *Разработать и внедрить способ оценки качества жизни больных со зрительными нарушениями, оперированных по поводу гормонально неактивных аденом гипофиза.*

Материал и методы. *Проведен анализ результатов диагностики и лечения 100 больных с ГНАГ, которые имели зрительные нарушения, находились на лечении в отделении транссфеноидальной нейрохирургии ГУ «Институт нейрохирургии имени акад. А.П. Ромоданова НАМН Украины» в период с 2017 по 2018 гг. Проведено комплексное клинико-неврологическое, офтальмологическое, отоневрологическое обследование, включающее нейровизуализирующие исследования. Была разработана Шкала определения КЖ больных со зрительными нарушениями, в которой для оценки предложен авторский ряд принятых для исследования показателей: офтальмологическая симптоматика, физические, психические и социальные показатели.*

Результаты. *Пациент и медицинский персонал заполняют предложенные шкалы: шкалу А - пациент, шкалу В – врач. Отмечается наиболее приемлемый в момент обследования вариант из трех ответов на каждый из 15 вопросов пациентом и вариант из четырех на каждый из 5 вопросов врачом. По окончанию тестирования проводится суммирование баллов и подсчитывается суммарный балл. Количество баллов 45-31 – свидетельствует об условно «высоком» уровене КЖ пациента, 30-16 баллов – «середнем» или «хорошем», 0-15 – «низком» или «неудовлетворительном». При сравнении величины суммарного балла до лечения и после, можно проводить динамическое наблюдение за его результатами и оценивать КЖ больных со зрительными нарушениями при ГНАГ. Анализируется не только степень поражения зрительного и глазодвигательных нервов, а и влияние физического дефекта на жизнедеятельность больного, уровень его функциональных возможностей.*

Выводы. *Внедрение разработанного способа оценки качества жизни больных со зрительными нарушениями при помощи Шкалы, позволяет проводить динамическое наблюдение в процессе лечения и объективизировать результаты лечения больных ГНАГ.*

Ключевые слова: *гормонально-неактивные аденомы гипофиза, зрительные нарушения, глазодвигательные нарушения, шкала оценивания, качество жизни*