

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С КАТАРАКТОЙ КАК ВАЖНЕЙШАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Кантемирова Р.К.^{1,2,3,4}, Мамедова И.Д.^{3,4}, Ключникова Е.В.³, Трофимова С.В.⁴

¹ Федеральный научный центр реабилитации инвалидов имени Г.А. Альбрехта,
ул. Бестужевская, дом 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация

² Санкт-Петербургский государственный университет, Российская Федерация,
Университетская наб., д. 7–9, Санкт-Петербург, 199034, Российская Федерация

³ Северо-Западный государственный медицинский университет им. И. И. Мечникова,
Кирочная ул., дом 41, Санкт-Петербург, 193015, Российская Федерация

⁴ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии,
пр. Динамо, дом 3, Санкт-Петербург, 197110, Российская Федерация

Резюме

Введение. Статья посвящена оценке качества жизни пациентов с катарактой до и после факоэмульсификации с применением комплексной кератопротекции.

Цель. Оценить возможность и эффективность применения нового оригинального опросника в рамках использования комплексной кератопротекции после оперативного лечения катаракты. Оценить качество жизни пациентов с катарактой до и после факоэмульсификации с применением комплексной кератопротекции.

Материалы и методы. Предложен новый оригинальный опросник, разработанный на основании общего опросника Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) и специального опросника Catquest 9SF, который позволяет оценить качество жизни пациентов в пожилом и старческом возрасте с нарушением зрительных функций вследствие возрастной катаракты (450 пациентов в возрасте от 50 до 89 лет).

Результаты и обсуждение. Для оценки влияния зрительных нарушений и проводимой клинически активной кератопротекции на качество жизни пациентов с катарактой был составлен «Опросник для определения медико-социальной эффективности кератопротекции».

Заключение. Целесообразно оценивать эффективность комплексного метода кератопротекции с помощью специального оригинального «Опросника для определения медико-социальной эффективности кератопротекции», суть которого заключается в оценке характера изменений физического, психологического, эмоционального статуса пациентов до и после лечения и качества жизни в целом, оценке эффективности проводимой комплексной кератопротекции у людей пожилого и старческого возраста, также отражающего состояние зрительных функций, спектр возможностей в повседневной жизни, психическое и социальное благополучие пациентов.

Ключевые слова: оценка качества жизни, опросник, комплексная кератопротекция, пожилой и старческий возраст.

Кантемирова, Р.К. Качество жизни пациентов с катарактой как важнейшая медико-социальная детерминанта в пожилом и старческом возрасте / Р.К. Кантемирова, И.Д. Мамедова, Е.В. Ключникова, С.В. Трофимова // Физическая и реабилитационная медицина. – 2020. – Т. 2. – № 4. – С. 65-74. DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-4-65-74.

Kantemirova R.K., Mamedova I.D., Klyushnikova E.V., Trofimova S.V. (2020) Quality of Life of Patients with Cataract as the Most Important Medical and Social Determinant in the Elderly and Old Age / R.K. Kantemirova, I.D. Mamedova, E.V. Klyushnikova, S.V. Trofimova. *Physical and Rehabilitation Medicine*; vol. 2, no. 4, pp. 65-74 (In Russian). DOI: 10.26211/2658-4522-2020-2-4-65-74.

Мамедова Илаха Джамилевна / Ilaha J. Mamedova; terapium@yandex.ru

QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CATARACT AS THE MOST IMPORTANT MEDICAL AND SOCIAL DETERMINANT IN THE ELDERLY AND OLD AGE

Kantemirova R.K.^{1,2,3,4}, Mamedova I. D.^{3,4}, Klyushnikova E. V.³, Trofimova S.V.⁴¹ Albrecht Federal Scientific Centre of Rehabilitation of the Disabled, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation² St. Petersburg State University, 7–9 Universitetskaya Embankment, 199034 St. Petersburg, Russian Federation³ North-Western State Medical University named after I.I.Mechnikov, 41 Kirochnaya Street, 193015, St. Petersburg, Russian Federation⁴ St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3 Dinamo Ave., 197110 St. Petersburg, Russian Federation**Abstract****Introduction.** The article is devoted to assessing the quality of life of patients with cataracts before and after a phacoemulsification, with the use of complex keratoprotection.**Aim.** To evaluate the possibility and effectiveness of using the new original questionnaire in the context of using complex keratoprotection after cataract surgery. Evaluate the quality of life of patients with cataracts before and after a phacoemulsification using complex keratoprotection.**Materials and methods.** We have proposed a new original questionnaire, developed on the basis of the General Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) and a special Catquest 9SF questionnaire, which allows us to assess the quality of life of patients in the elderly and senile age with visual impairment.**Results and discussion.** To assess the impact of visual disorders and clinically active keratoprotection on the quality of life of patients with cataracts, the “Questionnaire for determining the medical and social effectiveness of keratoprotection” was compiled.**Conclusion.** It is advisable to assess the effectiveness of a comprehensive method of keratoprotection with a special original “Questionnaire to determine the medico-social efficiency of keratoprotection”, the essence of which is to evaluate the nature of changes in the physical, psychological, emotional status of patients before and after treatment and quality of life in general, and assessing the effectiveness of complex keratoprotection in elderly and senile age, also reflecting the state of visual functions, the range of possibilities in everyday life, mental and social well-being of patients.**Keywords:** quality of life assessment, questionnaire, comprehensive keratoprotection, elderly and senile age.**Введение / Introduction**

Старение организма, как известно, часто сопряжено с возраст-ассоциированными заболеваниями глаз, такими как возрастная катаракта [6, 8, 10, 14, 15].

В современных условиях имеются возможности для повышения качества жизни (КЖ) и улучшения функциональных способностей, нарушение которых связано со снижением зрения. Имеются обоснованные предпосылки к расширению показаний и более ранней хирургии возрастной катаракты.

Хирургическое лечение катаракты следует назначать пациентам со снижением зрительных функций, приводящему к ограничению трудоспособности, которое больше не удовлетворяет их потребностям и создает дискомфорт в повседневной жизни [12]. Последнее может наблюдаться даже при относительно высоких показателях остроты зрения. Факоэмульсификация (ФЭК) — микрохирургический метод удаления катаракты, в основе которого лежит фрагментация вещества хрусталика ультразвуком и его удаление из полости глазного яблока ирригационно-аспирационным методом. Достоинствами метода является меньшее

число осложнений, отсутствие необходимости наложения швов, сокращение сроков реабилитации пациентов, уменьшение хирургически индуцированного астигматизма [13]. Специфические осложнения факоэмульсификации связаны с повреждающим действием факонаконечника на эндотелий роговицы глаза, которое может приводить к отёку роговицы (особенно при факоэмульсификации плотных катаракт) и синдрому сухого глаза в раннем послеоперационном периоде, чем обусловлен интерес к проведению кератопротекции в раннем послеоперационном периоде [4].

Мы разделили наших пациентов на две группы — основную и контрольную. В основной группе пациенты до и после ФЭК получали комплексную кератопротекцию.

С возрастом происходят количественные и качественные изменения эпителия роговицы, уменьшается количество корнеальных эндотелиоцитов [2, 3, 5, 8].

В основном, до настоящего времени, кератопротективная профилактика имела два направления: 1) минимизация ультразвуковой, механической и ирригационной травмы в процессе вмешательства; 2) подавление чрезмерной воспа-

лительной реакции тканей роговицы на неизбежную хирургическую травму с помощью местной антибактериальной и противовоспалительной терапии стероидными лекарственными препаратами и нестероидными противовоспалительными средствами [1, 11, 12].

Материалы и методы / Materials and methods

Исследование проводилось на базе АННО ВО НИЦ «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» с 2014 по 2018 г.

У 450 пациентов было выполнено количественное определение плотности эндотелиоцитов, которое заключалось в автоматизированном подсчете количества данных клеточных форм в единице площади (1 мм²) задней поверхности роговой оболочки глазного яблока. Возраст пациентов — 50–89 лет.

Среди обследованных было сформировано 4 возрастные группы:

1) пациенты в возрасте от 50 до 59 лет (90 человек; мужчин — 46 чел., женщин — 44 чел., средний возраст — 54,2+3,4 года);

2) пациенты в возрасте от 60 до 69 лет (168 человека; мужчин — 99 чел., женщин — 69 чел., средний возраст — 65,2+3,8 года);

3) пациенты в возрасте от 70 до 79 лет (114 человек; мужчин — 50 чел., женщин — 64 чел., средний возраст — 75,3+4,2 года);

4) пациенты в возрасте от 80 до 89 лет (78 человек; мужчин — 29 чел., женщин — 49 чел., средний возраст — 84,9+3,1 года).

Критерии включения: возрастная катаракта при стандартном наборе соматических компенсированных заболеваний (компенсированная артериальная гипертензия до 1 степени; ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения I–II ст.; компенсированный сахарный диабет 2-го типа; остеоартроз 0–II ст. по Kellgren и Lawrence; облитерирующее поражение периферических артерий I–II ст. по классификации Фонтейна–Покровского) и стандартном наборе гериатрических синдромов (синдром когнитивных нарушений легкой степени; синдром гипомобильности; риск развития мальнутриции; синдром динапении; синдром саркопении легкой степени; синдром старческой преастении).

Критерии исключения: прочая офтальмологическая патология; декомпенсированные соматические заболевания (артериальная гипертензия 2–4 ст.; ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III–IV ст.; декомпенсированный сахарный диабет 2-го типа; остеоартроз III–IV ст. по Kellgren и Lawrence; облитерирующее поражение периферических артерий III–IV ст. по классификации Фонтейна–Покровского); обострение хронических заболеваний (фаза обострения хронического пиелонефрита, фаза обострения хронического

цистита); острые заболевания (острый ларингит, острый бронхит); острые сердечно-сосудистые заболевания и нарушения сердечного ритма и проводимости, требующие пребывания в реанимации; ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III–IV ст., хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса по NYHA; средние и тяжелые нарушения гериатрического статуса (синдром когнитивных нарушений средней и тяжелой степени, деменция, синдром мальнутриции, синдром саркопении средней и тяжелой степени, синдром старческой астении).

Оценка качества жизни проводилась до оперативного лечения катаракты, на момент обращения пациента с жалобами на ухудшение зрения и снижение качества жизни, и после оперативного лечения через 7 и 30 дней после операции.

Пациентам до и через 1 месяц после операции были проведены следующие виды исследований: биомикроскопия конъюнктивы, роговицы, радужки, хрусталика, стекловидного тела, офтальмоскопия глазного дна, измерение уровня офтальмотонуса, проведен подсчет клеток эндотелия роговицы с применением технологии иммерсионной микроскопии на автоматическом цифровом конфокальном микроскопе ConfoScan 4 (NidekCoLTD, Japan). Динамику остроты зрения оценивали по таблице Сивцева.

Всем пациентам выполнялась факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы (ИОЛ), стандартно, без осложнений. Для имплантации использовали монофокальную ИОЛ.

Однако целью данной работы было изучение качества жизни пациентов пожилого возраста до и после операции с использованием и без использования комплексной кератопротекции.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на 2 группы:

– 1-я группа (контрольная) пациентов, средний возраст — 68,3+1,6 года, $n = 120$ человек, получали стандартную терапию по схеме, предусмотренную протоколом [9]; в послеоперационном периоде медикаментозное лечение проводилось в виде инстилляций антибиотиков (по 1 капле 14 дней), кортикостероидов (по 1 капле 3 раза в день на протяжении 4 недель) и нестероидных противовоспалительных препаратов (по 1 капле 4 раза в день в течение 4 недель), кератопротектора местного действия — декспантенол, 2 раза в день, 4 недели;

– 2-я (основная) группа пациентов, средний возраст — 67,8+1,5 года, $n = 120$ человек, получала разработанный комплексный метод кератопротекции: стандартная терапия + комплексное применение антиоксидантных средств системного действия и непептидных биорегуляторов [7].

Для оценки влияния зрительных нарушений и кератопротекции на КЖ пациентов с катарактой

нами был составлен «Опросник для определения биосоциальной эффективности кератопротекции» (Приложение 1), содержащий ряд вопросов, отражающих степень адаптации пациентов к бытовым условиям. Опросник был составлен на основании шкалы Short Form Medical Outcomes Study (SF-36), позволяющей субъективно анализировать общее состояние здоровья респондентов, и Catquest 9SF — тест для больных возрастной катарактой.

Опросник был сформулирован из небольшого количества вопросов, максимально простых, кратких, понятных и объективных. Вопросы отражали способность пациентов выполнять обычные повседневные действия — ориентацию на улице в знакомом и незнакомом месте, посещение магазинов, приготовление еды, чтение, заполнение квитанций, просмотр телевизионных передач, а также субъективную оценку своего зрения и здоровья и их влияния на эмоциональный статус.

Опросник включал 27 вопросов. Для каждого из них предусматривалось 4 варианта ответа. Каждый вариант оценивался определенным количеством баллов от 1 до 4. Респондентов просили выбрать только один, наиболее подходящий вариант, и отметить его (обвести или подчеркнуть). Для ответов на все вопросы респондентам требовалось не более 5–7 минут. В соответствии со смысловой нагрузкой вопросы подразделялись на 3 модуля.

Вопросы I модуля (№ 1, 2А, 2Б, 2В, 2Г, 2Е, 2Ж) выявляли субъективные симптомы функциональных нарушений зрительного анализатора при катаракте (ухудшение зрения в темное время суток или при плохой освещенности, непереносимость яркого света, снижение остроты зрения, двоение предметов, туманность, размытость и нечеткость их контуров, нарушение цветовосприятия).

Вопросы II модуля (вопросы № 3, 4А, 4Б, 4В, 4Г, 4Д, 4Е, 4Ж, 4З, 4И) были направлены на изучение особенностей повседневной жизнедеятельности пациентов со сниженными зрительными функциями при катаракте. Выяснялось, какие трудности и проблемы, связанные с нарушениями центрального, периферического, бинокулярного зрения и цветоощущения, имели место у опрошенных респондентов.

Вопросы III модуля (№ 5, 6А, 6Б, 6В, 6Г, 6Д, 6Е, 7) позволяли субъективно оценить психоэмоциональное состояние заболевших и/или пролеченных людей, их личностный статус и социальную активность, влияющие на смысл, ценности и перспективы дальнейшей жизни.

После заполнения опросника респондентами определялась сумма набранных баллов, минимальное значение которой составляло 27 баллов, максимальное — 108. Уровень качества жизни находился в прямой зависимости от величины суммы баллов и расценивался как:

- неудовлетворительный (при значении показателя от 26 до 53 баллов);
- посредственный (54–80 баллов);
- хороший (81–104 балла).

Результаты / Results

Результаты опроса позволяли оценить и сравнить КЖ респондентов пожилого и старческого возраста с возрастной катарактой до и после фактоэмульсификации катаракты.

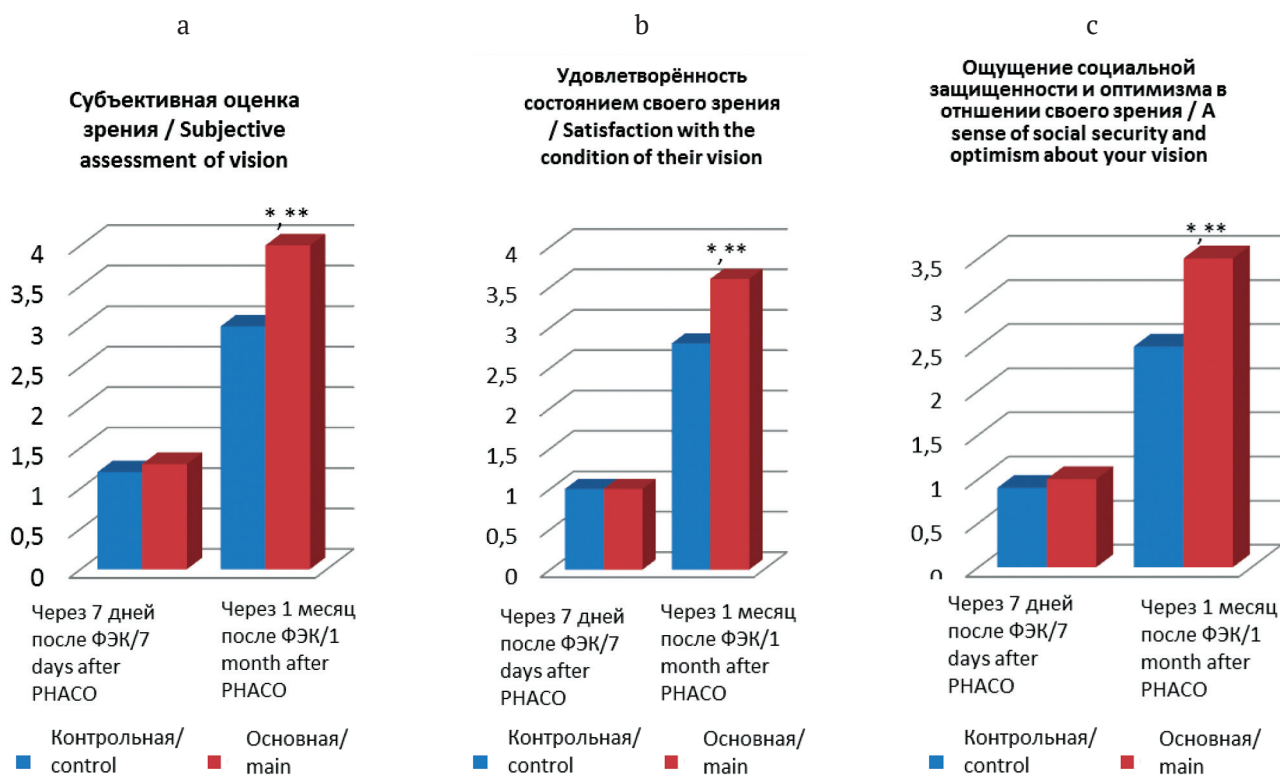
Согласно анализу результатов, полученных после применения разработанного нами оригинального «Опросника для определения медико-социальной эффективности кератопротекции», при первичном анкетировании суммарное количество баллов у всех пациентов (450 человек) не превышало 52 баллов по шкале опросника, что соответствовало неудовлетворительному КЖ.

Через 1 месяц после ФЭК с имплантацией ИОЛ у всех пациентов с катарактой оценка качества зрения повысилась, но, если пациенты основной группы расценивали его скорее как хорошее — 4 балла (в среднем более $3,76 \pm 0,10$ баллов), то пациенты контрольной группы чаще выбирали ответ «удовлетворительное» — 3 балла, а иногда даже «посредственное» — 2 балла (средний балл практически не превышал $2,74 \pm 0,12$ баллов), рисунок 1.

Ответы на вопрос «Насколько беспокоит Вас настоящее состояние Вашего зрения?» подтверждали актуальность данной проблемы для всех пациентов с катарактой при поступлении на лечение. Однако нами было выявлено, что уровень достоверно снижался после применения комплексной кератопротекции. В основной группе средний балл составил $1,48 \pm 0,11$ и $1,29 \pm 0,10$, соответственно, через 7 дней и 1 месяц, в группе контроля — $2,02 \pm 0,13$, и $1,41 \pm 0,12$, соответственно, через 7 дней и 1 месяц, то есть пациенты наиболее часто выбирали ответ «очень тревожит» (рис. 1).

При первичном анкетировании через 7 дней после проведения ФЭК всех пациентов основной и контрольной группы весьма беспокоила вероятность дальнейшего ухудшения зрения: 75 % опрошенных пациентов отвечали «очень переживаю» (1 балл) и только 25 % пациентов отмечали вариант «переживаю, но не очень» (2 балла). Средний балл при ответах на этот вопрос равнялся, соответственно, $1,24 \pm 0,10$ балла в основной группе и $1,22 \pm 0,11$ балла — в контрольной. Через 1 месяц после операции все пациенты основной группы, получавшие комплексную кератопротекцию, отметили уверенность в сохранении хорошего зрения (средний балл — $4,0 \pm 0,0$).

В группе контроля оптимизм по отношению к своему зрению испытывало меньшее количество опрошенных: средний балл при ответах на этот вопрос составил $2,61 \pm 0,13$ балла (см. рис. 1).



* — достоверность различий между количеством пациентов (%) через 7 дней и через 1 месяц после фактоэмульсификации катаракты менее 0,05

* — the reliability of differences between the number of patients (%) after 7 days and 1 month after phacoemulsification of cataract is less than 0.05

** — достоверность различий между количеством человек (%) у пациентов основной и контрольной групп менее 0,05

** — the reliability of differences between the number of people (%) in patients of the main and control groups is less than 0.05

Рис. 1. Оценка качества жизни через 7 суток и через 1 месяц после фактоэмульсификации катаракты с имплантацией ИОЛ у пациентов с катарактой

Figure 1. Assessment of quality of life after 7 days and 1 month after phacoemulsification of cataract with implantation of an intraocular lens in patients with cataract

Другими причинами для беспокойства пациентов являлись ощущения своей зависимости от других людей, незащищенности, одиночества, бесполезности и оторванности от событий вокруг. В общей сложности при ответах на эту группу вопросов средний балл был достаточно низкий и составил $1,52 \pm 0,10$ баллов в основной группе и $1,49 \pm 0,11$ баллов в контрольной группе через 7 дней после проведения ФЭК.

Однако через 1 месяц после хирургического вмешательства и применения комплексной кератопротекции данные проблемы полностью утратили свою актуальность для подавляющего большинства пациентов основной группы: средний балл стал равен $4,0 \pm 0,0$ баллов. В то же время у пациентов контрольной группы уверенность в себе также возросла, но достоверно в меньшей степе-

ни, чем это было в основной группе — средний балл составил $2,88 \pm 0,12$ (см. рис. 1).

Как было отмечено выше, в целом КЖ всех больных с возрастной катарактой было неудовлетворительным (менее 52 баллов).

После заполнения анкет респондентами основной и контрольной групп рассчитывалось суммарное количество баллов и оценивалось КЖ в целом людей с возрастной катарактой через 7 дней и через 1 месяц после лечения.

В основной группе на фоне проведения комплексной кератопротекции суммарное количество баллов приближалось к максимальному и составило $103,35 \pm 0,01$ баллов, в контрольной группе этот показатель, наоборот, был минимальным и составил $78,36 \pm 0,01$ баллов, что соответствовало графе «посредственно».

Заключение / Conclusion

Проведение комплексной кератопротекции после ФЭК с имплантацией ИОЛ у пациентов с катарактой улучшало уровень КЖ пациентов в послеоперационном периоде в силу более высокой остроты зрения и за счет снижения уровня

тревожности, повышения ощущения социальной защищённости, оптимизма в отношении своего зрения, а также субъективной удовлетворённости состоянием своего зрения, что было подтверждено результатами «Опросника для определения медико-социальной эффективности кератопротекции».

Приложение 1 / Appendix 1

**Опросник для определения медико-социальной эффективности кератопротекции /
Questionnaire for determining the medical and social effectiveness of keratoprotection**

1. Как Вы оцениваете свое зрение? / How do you assess your vision?

Плохое / Bad	Посредственное / Mediocre	Удовлетворительное / Satisfactory	Хорошее / Good
1	2	3	4

2. Ощущаете ли Вы такие явления, как: / Do you feel such phenomena as:

Показатели / Indicators	Всегда / Always	Часто / Often	Нечасто / Infrequently	Никогда / Never
А. Ухудшение зрения в сумерках / A. Vision loss at dusk	1	2	3	4
Б. Повышенная чувствительность к яркому свету / B. Hypersensitivity to bright light	1	2	3	4
В. Трудность при чтении мелкого шрифта / V. Difficulty reading small print	1	2	3	4
Г. Туманное или размытое зрение / G. Hazy or blurred vision	1	2	3	4
Д. Двоение предметов / D. Double objects	1	2	3	4
Е. Изменение цветности / E. Change in color	1	2	3	4
Ж. Необходимость часто менять очки / J. Need to change glasses frequently	1	2	3	4

**3. Как Вы считаете, снижение зрения затрудняет сейчас вашу повседневную жизнь? /
Do you think that reduced vision is making your daily life more difficult?**

Очень сильно затрудняет / It makes it very difficult	Затрудняет по-разному, в зависимости от ситуации / It makes it very difficult in different ways, depending on the situation	Это бывает, но не всегда / It happens, but not always	Нет, не затрудняет / No, it does not make it difficult
1	2	3	4

**4. Какие действия стали сложными для Вас из-за нарушения зрения? /
What actions have become difficult for you because of visual impairment?**

Показатели / Indicators	Очень большие сложности / Very serious complexity	Сложно, но не очень / It is difficult, but not much	Есть некоторые сложности / There are some difficulties	Совсем не сложно / No difficulties
А. Читать печатный текст в документах, газетах, книгах и др. / A. Reading printed text in documents, newspapers, books, etc.	1	2	3	4
Б. Читать товарные ценники и чеки в магазинах / B. Reading product price tags and receipts in stores	1	2	3	4
В. Читать субтитры по телевизору / V. Reading subtitles on TV	1	2	3	4
Г. Заполнять от руки бланки, анкеты, квитанции и т. д. / G. Filling out forms, questionnaires, receipts, etc. by hand.	1	2	3	4
Д. Узнавать людей при встрече / D. Recognizing people when you meet them	1	2	3	4
Е. Видеть препятствия при ходьбе, о которые можно споткнуться (ступеньки, порожки, камни на дороге и т. п.) / E. Seeing obstacles when walking that you can trip over (steps, thresholds, stones on the road, etc.)	1	2	3	4
Ж. Быстро ориентироваться в незнакомом месте / J. Quick navigation in an unfamiliar place	1	2	3	4
З. Замечать людей или машины справа и слева от себя, смотря только вперед при ходьбе / Z. Notice people or cars to the right and left of you, looking only forward when walking	1	2	3	4
И. Действия с мелкими предметами, расположенными вблизи (продеть нитку в иголку, наполнить водой стакан, приготовить еду, изготовить ручную поделку из бумаги, дерева и т. п.) / I. Actions with small objects located near (threading a needle, filling a glass with water, cooking food, making handmade crafts from paper, wood, etc.)	1	2	3	4

**5. Насколько беспокоит Вас настоящее состояние Вашего зрения? /
How concerned are you about the present state of your vision?**

Очень тревожит / Very disturbing	Чаще тревожусь, но иногда не обращаю внимания / I worry more often, but sometimes I don't pay attention	Чаще не обращаю внимания, но иногда беспокоюсь / I don't pay attention more often, but sometimes I worry	Совсем не беспокоит / I don't worry at all
1	2	3	4

6. Какие обстоятельства, связанные с нарушением зрения, заставляют Вас особенно сильно переживать? / What circumstances related to visual impairment make you particularly anxious?

Показатели / Indicators	Очень переживаю / I worry very much	Переживаю, но не очень / I worry, but not very much	Иногда переживаю / Sometimes I worry	Совсем не переживаю / I don't worry at all
А. Дальнейшее ухудшение зрения / A. Further deterioration of vision	1	2	3	4
Б. Зависимость от других людей / B. Dependence on other people	1	2	3	4
В. Незащищенность / B. Insecurity	1	2	3	4
Г. Одиночество / G. Loneliness	1	2	3	4
Д. Ощущение своей бесполезности для окружающих / D. Feeling useless to others	1	2	3	4
Е. Оторванность от событий вокруг / E. Isolation from events around you	1	2	3	4

7. Насколько Вы удовлетворены своей жизнью сейчас? / How satisfied are you with your life now?

Совершенно неудовлетворен / Completely unsatisfied	Мало удовлетворен / Little satisfied	Почти удовлетворен / Almost satisfied	Полностью удовлетворен / Completely satisfied
1	2	3	4

Этика публикации / Publication ethics. Представленная статья ранее опубликована не была.

Конфликт интересов / Conflict of interest. Информация о конфликте интересов отсутствует.

Источник финансирования / Source of financing. Исследование не имело спонсорской поддержки. Финансовой заинтересованности авторов не было.

Литература

1. Иошин И.Э. Факоемульсификация. М.– 2012. – 104 с.
2. Исакова И.А. Гендерный признак в удовлетворенности пациентов результатами хирургического лечения с мультифокальной ИОЛ / И.А. Исакова, Б.Г. Джаши, В.П. Аксенов, В.В. Москвина, В.Ю. Коренева // Вестник Оренбургского государственного университета. – 2011. – № 14 (133). – С. 156-157.
3. Луценко Н.С. и др. Сравнительный анализ морфологических характеристик эндотелия роговицы при хирургическом лечении катаракты в возрастном аспекте // Офтальмология. Восточная Европа. – 2013. – № 2 (17). – С. 9.
4. Малюгин Б.Э. Хирургия катаракты и интраокулярная коррекция афакии: достижения, проблемы и перспективы развития // Вестник офтальмологии. – 2006. – Т. 20. – № 1. – С. 37-41.
5. Расулова Н.М. Состояние роговицы после факоемульсификации // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2014. – Т. 4. – № 4. – С. 311.
6. Субботина И.И. Новые возможности применения фибринолитиков и кортикостероидов в лечении послеоперационных воспалительных осложнений в хирургии катаракты / И.И. Субботина, А.С. Девяткова, Т.В. Гаврилова, А.В. Другов // Пермский медицинский журнал. – 2014. – Т. XXXI. – № 6. – С. 74-77.
7. Трофимова С.В. Влияние биорегуляторов на зрительские функции у лиц пожилого и старческого возраста с диабетической ретинопатией // Успехи геронтологии. – СПб. – 2000. – С. 119-121.
8. Трофимова С.В., Благинина Е.А. Лечение сухой формы возрастной макулодистрофии с применением синтетического пептида сетчатки // Клиническая геронтология. – 2008. – Т. 14. – № 9. – С. 44.
9. Заменить на Федеральные клинические рекомендации по оказанию офтальмологической помощи пациентам с возрастной катарактой. Экспертный совет по проблеме хирургического лечения катаракты / ООО «Межрегиональная ассоциация врачей-офтальмологов». – М.: Изд-во «Офтальмология», 2015 – 32 с.
10. Agdeppa M.C. et al. Factors influencing corneal biomechanical changes after microincision cataract surgery and standard coaxial phacoemulsification. J. Cataract. Refract. Surg. 2010. № 36. P. 890-897.
11. Alio J.L. et al. Guidelines for managing postcataract surgery inflammation. Can we reach a consensus? Ophthalmol. Times Europe. 2008. Vol. 11. P. 2-11.
12. Barry P. et al. ESCRS study of prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract Surgery. J. Cataract Refract Surg. 2006. Vol. 32, № 3. P. 407-410.
13. Brown G.C. Difference between ophthalmologists and patients perceptions of quality of life associated with age-related macular degeneration / G.C. Brown, M.M. Brown, S. Sharma // Can. J. Ophthalmol. – 2000 – Vol. 35 – № 3 – P. 127-133.
14. Claesson M. et al. Corneal oedema after cataract surgery: predisposing factors and corneal graft outcome. Acta Ophthalmol. 2009. Vol. 87(2). P. 154-159.
15. Faramarzi A. et al. Corneal endothelial cell loss during phacoemulsification: Bevel-up versus bevel-down phaco tip. J. Cataract. Refract. Surg. 2011. Vol. 37. P. 1971-1976.

References

1. Ioshin I.E. Fakoemul'sifikaciya. M. – 2012. – 104 s. [Phacoemulsification]. Moscow. 104 p (In Russian).
2. Isakova I.A. (2011) Gendernyy`priznak v udovletvorennosti pacientov rezul'tatami xirurgicheskogo mul'tifokal'noj IOL [Gender sign in patient satisfaction Results of surgical treatment with multifocal IO] I.A. Isakova, B.G. Dzhashi, V.P. Aksenov, V.V. Moskvina, V.Yu. Koreneva. Journal of Orenburg State University. no. 14 (133). pp. 156-157 (In Russian).
3. Lucenko N.S. i dr. Sravnitel'nyj analiz morfologicheskikh harakteristik endoteliya rogovicy pri hirurgicheskom lechenii katarakty v vozzrastnom aspekte // Oftal'mologiya. Vostochnaya Evropa.– 2013. – № 2 (17). – S. 9. [Comparative analysis of morphometric characteristics of corneal endothelium in the surgical treatment of cataract in age aspect]. Ophthalmology. Eastern Europe. no. 2 (17). p. 9 (In Russian).
4. Malyugin B. E. (2006) Hirurgiya katarakty i intraokulyarnaya korrekciya afakii: dostizheniya, problemy i perektyvy razvitiya // Vestnik oftal'mjologii. – 2006. – T. 20. – № 1. – S. 37-41. [Cataract surgery and intraocular correction of aphaxia: achievements, problems and development prospects]. Vestn. oftal'm. T. 20, no. 1. pp. 37-41 (In Russian).
5. Rasulova N.M. Sostoyanie rogovicy posle fakoemul'sifikacii // Byulleten' medicinskih internetencij. – 2014. – T. 4. – № 4. – S. 311. [Condition of cornea after phacoemulsification. Bulletin of medical Internet conferences]. T. 4, no. 4. p. 311 (In Russian).
6. Subbotina I.I. Novye vozmozhnosti primeneniya fibrinoliticov i kortikosteroidov v lechenii posleoperacionnyh vospalitel'nyh oslozhnenij v hirurgii katarakty / I.I. Subbotina, A.S. Devyatkov, T.V. Gavrilo, A.V. Drugov // Permskij medicinskij zhurnal. – 2014. – T. XXXI. – № 6. – S. 74-77. [New possibilities for the use of fibrinolytics and corticosteroids in the treatment of postoperative inflammatory complications of cataract vesurgery] I.I. Subbotina, A.S. Devyatkov, T.V. Gavrilo, A.V. Drugov. Perm Medical Journal. vol. XXXI, no 6. pp. 74-77 (In Russian).
7. Trofimova S.V. Vliyanie bioregulyatorov na zritel'cii u lic pozhilogo i starcheskogo vozzrasta s diabeticheskoy retinopatiej // Uspekhi gerontologii. – SPb. – 2000. – S. 119-121. [Influence of bioregulators on visual functions in persons of old and old age with diabetic retinopathy]. Progress gerontol. Sankt-Peterburg. pp. 119-121 (In Russian).
8. Trofimova S.V., Blaginina E.A. Lechenie suhoj formy vozzrastnoj makulodistrofii s primeneniem sinteticheskogo peptida setchatki // Klinicheskaya gerontologiya. – 2008. – T. 14. – № 9. – S. 44. [Treatment of dry form of age-related maculodystrophy using synthetic retinal peptide]. Klin. gerontol. T. 14, no. 9. p. 44 (In Russian).
9. Federal'nye klinicheskie rekomendacii po okazaniyu oftal'mologicheskoy pomoshchi pacientam s vozzrastnoj

- kataraktoj. Ekspertnyj sovet po probleme hirurgicheskogo lecheniya katarakty / ООО «Mezhregional'naya asociaciya vrachej-oftal'mologov». – M.: Izd-vo «Oftal'mologiya», 2015 – 32 s. [Federal clinical guidelines for providing ophthalmological care to patients with age-related cataracts. Expert advice on surgical treatment of cataract] (2015) [<https://oor.ru/files/klinrecomutver/fkr.pdf>] (In Russian).
10. Agdeppa M.C. et al. (2010) Factors influencing corneal biomechanical changes after microincision cataract surgery and standard coaxial phacoemulsification. *J. Cataract. Refract. Surg.* no. 36. p. 890–897.
 11. Alio J.L. et al. (2008) Guidelines for managing postcataract surgery inflammation. Can we reach a consensus? *Ophthalmol. Times Europe.* Vol. 11. R. 2–11.
 12. Barry P. et al. (2006) ESCRS study of prophylaxis of postoperative endophthalmitis after cataract Surgery. *J. Cataract Refract Surg.* vol. 32, no. 3. pp. 407–410.
 13. Brown G.C. (2000) Difference between ophthalmologists and patients perceptions of quality of life associated with age-related macular degeneration / G.C. Brown, M.M. Brown, S. Sharma. *Can. J. Ophthalmol.* vol. 35 no. 3. pp. 127–133.
 14. Claesson M. et al. (2009) Corneal oedema after cataract surgery: predisposing factors and corneal graft outcome. *Acta Ophthalmol.* vol. 87(2). pp. 154–159.
 15. Faramarzi A. et al. (2011) Corneal endothelial cell loss during phacoemulsification: Bevel-up versus bevel-down phaco tip. *J. Cataract. Refract. Surg.* vol. 37. pp. 1971–1976.

Рукопись поступила / Received: 26.02.2020

Принята в печать / Accepted for publication: 22.05.2020

Авторы

Кантемирова Раиса Кантемировна — заслуженный врач Российской Федерации, доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник Института реабилитации и абилитации инвалидов, заведующий терапевтическим отделением, заведующий кафедрой терапии Института подготовки специалистов по медицинской и социальной реабилитации ФГБУ ФНЦРИ им. Г.А. Альбрехта Минтруда России, ул. Бестужевская, д. 50, Санкт-Петербург, 195067, Российская Федерация; профессор кафедры госпитальной терапии СПбГУ, Российская Федерация, Университетская набережная, 7–9, Санкт-Петербург, 193079, Российская Федерация; профессор кафедры геронтологии и гериатрии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 193015, Российская Федерация; тел. раб.: (812) 543-65-05, тел. дом.: (812) 764-96-69, тел. моб.: 921 9330799, e-mail: terapium@yandex.ru

Мамедова Илаха Джамилевна — кандидат медицинских наук, врач-офтальмолог Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, пр. Динамо, д. 3, Санкт-Петербург, 197110, Российская Федерация; ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 193015, Российская Федерация. Тел. 8(911) 730-97-40, e-mail: Ilakha.Mamedova@szgmu.ru

Клюшникова Елена Владимировна — кандидат медицинских наук, заведующий отделением офтальмологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, ул. Кирочная, д. 41, Санкт-Петербург, 193015, Российская Федерация, тел. 8(911) 921-66-21, e-mail: elena.klyushnikova@szgmu.ru

Трофимова Светлана Владиславовна – доктор медицинских наук, профессор Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии, пр. Динамо, д. 3, Санкт-Петербург, 197110, Российская Федерация.

Authors

Kantemirova Raisa Kantemirovna, Honored MD of the Russian Federation, Grand PhD in Medical sciences, Associate Professor, chief researcher, Institute for Rehabilitation and Habilitation of the Disabled, Head of the Department of Therapy of the Federal Scientific Center of Rehabilitation of the Disabled named after G.A. Albrecht, 50 Bestuzhevskaya Street, 195067 St. Petersburg, Russian Federation; Professor of the Department of Hospital Therapy of the St. Petersburg University, 7–9 Universitetskaya Embankment, 193079 St. Petersburg, Russian Federation; Professor of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, 47 Piskarevsky Ave, 195067 St. Petersburg, Russian Federation; tel.: (812) 543-65-05, (812) 764-96-69, +7-921-933-07-99, e-mail: terapium@yandex.ru

Mamedova Ilakha Jamilovna, PhD in Medical sciences, ophthalmologist of the St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3 Dinamo Ave., 197110 St. Petersburg, Russian Federation; North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov, 41 Kirochnaya Street, 193015 St. Petersburg, Russian Federation, tel.: 8(911) 730-97-40, e-mail: Ilakha.Mamedova@szgmu.ru

Klyushnikova Elena Vladimirovna, PhD in Medical sciences, head of the Department of ophthalmology of the North-West State Medical University named after I. I. Mechnikov, 41 Kirochnaya Street, 193015 St. Petersburg, Russian Federation, tel.: 8 (911) 921-66-21, e-mail: elena.klyushnikova@szgmu.ru

Trofimova Svetlana Vladislavovna, Grand PhD in Medical sciences, Professor, St. Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology, 3 Dinamo Ave., 197110 St. Petersburg, Russian Federation.