

ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ

THERAPY AND REHABILITATION

УДК 616-036.86

DOI <https://doi.org/10.32782/2221-1217-2024-1-01>

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ МКФ ДЛЯ ОЦІНЮВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ВІЛ-ПОЗИТИВНИМ СТАТУСОМ

Андрій ОРФІН^{1,2},<https://orcid.org/0000-0002-5374-1246>,

aorf87@gmail.com

Марія МАЗЕПА¹,<https://orcid.org/0000-0002-2199-4791>,

mrmazepa@ukr.net

Мар'яна ЛУЖНА¹,<https://orcid.org/0000-0002-2888>,

chexovska@gmail.com

Світлана СТУПНИЦЬКА¹,<https://orcid.org/0000-0001-7450-2028>,

svitstup@ukr.net

¹Львівський державний університет фізичної культури імені Івана Боберського²КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»

Анотація. Дослідження присвячене оцінці ефективності програми фізичної терапії для осіб працездатного віку, які живуть із ВІЛ на стадії СНІДу та мають респіраторні ускладнення й синдром втоми. Актуальність проблеми зумовлена значним збільшенням тривалості життя ВІЛ-інфікованих завдяки антиретровірусній терапії, що, своєю чергою, підвищує ризик розвитку супутніх захворювань, зокрема дихальних порушень та синдрому хронічної втоми. Дослідження використовує Міжнародну класифікацію функціонування (МКФ) як інструмент для формулювання реабілітаційного діагнозу та планування індивідуальних програм фізичної терапії.

Основною метою було оцінити стан пацієнтів за допомогою МКФ та визначити рівень порушень функцій організму, обмеження активності та участі в соціальному житті. У дослідженні брали участь 60 пацієнтів, у яких оцінювали респіраторні, когнітивні, м'язово-скелетні функції та ментальне здоров'я. Установлено значний рівень функціональних порушень у респондентів, зокрема в дихальній системі (у 96% випадків) та синдрому втоми (до 88% пацієнтів). Окрім того, порушення в когнітивних функціях та ментальному здоров'ї спостерігалися у більшості респондентів, що погіршувало їхнє повсякденне життя.

Застосування МКФ дало змогу створити цілісну картину функціональних порушень, обмежень активності та участі в життєдіяльності. Результати свідчать про доцільність розроблення індивідуальних програм фізичної терапії з урахуванням наявних порушень та можливостей пацієнтів для покращення їхнього фізичного стану та якості життя. Подальші дослідження можуть бути спрямовані на адаптацію скороченого варіанта МКФ для оптимізації діагностичних процесів та реабілітаційних заходів.

Ключові слова: ВІЛ-позитивний пацієнт, МКФ, функціонування.

PROSPECTS FOR USING THE ICF FOR ASSESSING HIV-POSITIVE PATIENTS

Andrii ORFIN^{1,2},

<https://orcid.org/0000-0002-5374-1246>,

aorf87@gmail.com

Mariia MAZEPA¹,

<https://orcid.org/0000-0002-2199-4791>,

mrmazepa@ukr.net

Mariiana LUZHNA¹,

<https://orcid.org/0000-0002-2888>,

chexovska@gmail.com

Svitlana STUPNYTSKA¹,

<https://orcid.org/0000-0001-7450-2028>,

svitstup@ukr.net

¹ *Ivan Boberskyi Lviv State University of Physical Culture*

² *Communal Non-Profit Enterprise of the Lviv Regional Council
"Lviv Regional Infectious Disease Clinical Hospital"*

Abstract. The study is dedicated to evaluating the effectiveness of a physical therapy program for working-age individuals living with HIV at the AIDS stage, who experience respiratory complications and fatigue syndrome. The relevance of the issue is due to the significant increase in the life expectancy of HIV-infected individuals, thanks to antiretroviral therapy, which in turn raises the risk of developing comorbid conditions, particularly respiratory disorders and chronic fatigue syndrome. The study utilizes the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) as a tool for formulating rehabilitation diagnoses and planning individualized physical therapy programs.

The main objective was to assess the condition of patients using the ICF and determine the level of functional impairments, activity limitations, and participation in social life. The study involved 60 patients, whose respiratory, cognitive, musculoskeletal functions, and mental health were evaluated. A significant level of functional impairments was found in the respondents, particularly in the respiratory system (96% of cases) and fatigue syndrome (up to 88% of patients). Additionally, cognitive and mental health disorders were observed in most respondents, which negatively impacted their daily lives.

The use of the ICF allowed for the creation of a comprehensive picture of functional impairments, activity limitations, and participation restrictions. The results suggest the advisability of developing individualized physical therapy programs, taking into account existing impairments and the patients' abilities to improve their physical condition and quality of life. Future research could focus on adapting a shortened version of the ICF to optimize diagnostic processes and rehabilitation interventions.

Key words: HIV-positive patient, ICF, functioning.

Постановка проблеми. За даними ВООЗ, у 2023 р. у світі налічувалося понад 39 млн людей із ВІЛ-позитивним статусом і близько 630 тис померли через ВІЛ-асоційовані причини. Понад 156 тис людей, що живуть із ВІЛ, офіційно зареєстровані в Україні. Доступність та раннє призначення антиретровірусної терапії значно подовжують життя ВІЛ-інфікованих людей [4]. Це призводить до появи проблем зі здоров'ям, характерних для літніх людей, і часто потребує застосування реабілітації. Передумовою для реабілітаційних інтервенцій має бути оцінювання та розуміння обмежень та порушення функції спричинене ВІЛ-інфекцією [1; 2; 7]. Одним

з інструментів, який дає змогу класифікувати стан здоров'я та функціональні порушення, є Міжнародна класифікація функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) [8]. МКФ охоплює усі аспекти здоров'я людини та деякі складники благополуччя, пов'язані зі здоров'ям, та описує їх у термінах доменів охорони здоров'я та доменів, пов'язаних зі здоров'ям. Класифікація, залишаючись у межах широкого контексту охорони здоров'я, не охоплює обставини, які не пов'язані зі здоров'ям, наприклад ті, які викликані соціально-економічними чинниками.

Проблемним і актуальним питанням у контексті фізичної терапії (ФТ) людей, що живуть із ВІЛ

(ЛЖВ), залишається встановлення реабілітаційного діагнозу. Відповідно до сучасної парадигми ФТ, основою для встановлення реабілітаційного діагнозу є використання МКФ. Проте публікацій у науковій літературі, які б стосувалися використання МКФ у ЛЖВ для формулювання реабілітаційного діагнозу з подальшим розробленням реабілітаційної програми, обмаль.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. За даними літератури, пацієнти з ВІЛ-позитивним статусом мають значні порушення функцій організму [2; 5]. Одним із провідних клінічних проявів ВІЛ/СНІДу є синдром втоми. За даними різних досліджень, виявлено прояви синдрому втоми у 33–88% пацієнтів, цей показник коливався залежно від рівня вірусного навантаження, CD4+ та призначення антиретровірусної терапії [2; 3].

Окрім синдрому втоми, ще однією частою проблемою є ускладнення, пов'язані з дихальною системою. Легені у ВІЛ-інфікованих пацієнтів на стадії СНІДу, за даними аутопсії, уражені у 100% випадків на ранніх етапах епідемії. На етапі застоювання високоактивної антиретровірусної терапії – у 70% [9]. Ураження нижніх відділів дихальних шляхів зустрічаються у 25 разів частіше

у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, аніж у загальній популяції – 90 випадків на 100 тис населення [6].

Поширеним явищем у цій популяції є порушення когнітивних функцій та ментального здоров'я [10]. ЛЖВ частіше за інших можуть відчувати прояви депресії, що призводить до зниженої працездатності та повсякденного функціонування [12].

Ураховуючи патогенетичні механізми при ВІЛ/СНІДі, потрібно звертати увагу на ураження усіх органів та системи організму ЛЖВ та враховувати це під час проведення оцінювання пацієнта за допомогою МКФ [11]. Таким чином, розуміння спектру порушень пацієнта, обмежень активності та обмеження участі є вкрай важливим для організації інтервенцій з фізичної терапії [9].

Метою дослідження є оцінювання пацієнтів із ВІЛ на стадії СНІДу з респіраторними ускладненнями та синдромом втоми за допомогою Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.

Методи та організація дослідження. Дослідження було проведене на базі КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня». Коротка версія контрольного списку МКФ, подана в табл. 1, була використана для оцінки порушень, обмежень активності та

Таблиця 1

Частковий опис контрольного списку Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (МКФ), використаного у даному дослідженні (див. ВООЗ, 2001)

Компоненти	Перший кваліфікатор	Другий кваліфікатор
Функції організму (b)	b1: розумові b2: сенсорні b3: голосу і мови b4: серцево-судинної, кровотворної та респіраторної систем b5: травної системи b6: уrogenітальні b7: нейро'язові, скелетні b8: шкіри та пов'язаних з нею структур	Приклад сенсорних функцій b2: b2-10 зору b2-30 слуху b2-35 вестибулярні b2-80 відчуття болю
Порушення структур організму (s)	s1: нервова система s2: око, вухо та пов'язані з ними структури s3: структури, що беруть участь у голосоутворенні та мови s4: структури серцево-судинної та дихальної систем s5: травної системи s6: уrogenітальні s7: структури пов'язані з рухом	Приклади структур нервової системи s1: s1-10 структура головного мозку s1-20 спинний мозок і пов'язані з ним структури
Обмеження активності та участі (d)	d1: навчання та застосування знань d2: загальні завдання та вимоги d3: комунікація d4: мобільність d5: самообслуговування d6: побутове життя d7: міжособистісні взаємодії та відносини d8: головні сфери життя Перша кваліфікація: Ступінь діяльності в нормі, навколишнє середовище Другий кваліфікаційний показник: Обсяг діяльності без сторонньої допомоги	Приклади мобільності d4: d4-30 підняття і перенесення об'єктів d4-40 використання точних рухів кисті руки d4-75 управління транспортом (водіння)
Фактори навколишнього середовища (e)	e1: продукція та технології e2: навколишнє середовище та природні зміни в ньому, що виникли внаслідок діяльності людини e3: підтримка і взаємовідносини e4: взаємовідносини індивіда в суспільстві e5: служби, системи та політика	Приклади природного середовища та природних змін в ньому, що виникли внаслідок діяльності людини e2: e2-25 клімат e2-40 світло e2-50 звук

Таблиця 2

Здоров'я та пов'язані зі здоров'ям домени і джерела інформації контрольного списку МКФ 10 (2001)

Здоров'я та пов'язані зі здоров'ям домени та джерела інформації контрольного списку МКФ 10 (2001) Функції	Джерело інформації
Розумові	Самозвіт, таблиці Шульте, тест Векслера
Сенсорні та біль	Біль: самооцінка болю за візуально-аналоговою шкалою (VAS) Зір, слух і вестибулярний апарат: огляд та самозвіт
Голосу і мови	Огляд та самозвіт
Серцево-судинної, кровотворної, імунної та респіраторної систем	Показники артеріального тиску, систолічного об'єму крові, хвилинний об'єм крові, результати аналізів крові; кількість клітин CD4, коефіцієнта витривалості серцево-судинної системи, результати розрахунку фізіологічних індексів, частота дихання, показники SpO ₂ , тест 6 хв ходьби.
Травної, метаболічної та ендокринної систем	Травлення, дефекація та підтримання ваги: самозвіт, записи з медичної документації. Результати біохімічного аналізу крові
Урогенітальні та репродуктивні	Сечовипускання та статева функція: записи з медичної документації
Скелетно-нервово-м'язові та пов'язані з рухом	Сила м'язів: Динамометрія, силовий індекс
Шкіри та пов'язаних із нею структур	Огляд, записи з медичної документації та самозвіт, результати антропометричних вимірювань
Структури, пов'язані із серцево-судинною системою, дихальною системою та шкіра; і структури, пов'язані з рухом, такі як об'єм м'язів і стан шкіри	Висновки рентгенологічних обстежень та результати комп'ютерної томографії, ЖЕЛ, ОФВ, проби Штанге та Генчі, результати антропометричних вимірювань
Активність і участь, а також чинники навколишнього середовища	Записи самозвітів у щоденниках активності.

обмеження участі у пацієнтів із ВІЛ на стадії СНІДу з респіраторними ускладненнями та синдромом втоми.

Контрольний список МКФ (2001) використовувався як інструмент дослідження, а пункти контрольного списку заповнювалися за допомогою інтерв'ю чи самозвіту з використанням стандартизованих запитань, огляду пацієнтів та аналізу медичних карт пацієнтів. До дослідження залучалися пацієнти з діагнозом ВІЛ/СНІД, які знаходилися на лікуванні у період із грудня 2019 р. по серпень 2022 р. та підписали добровільну згоду на участь у дослідженні. Для збору інформації та даних про пацієнтів використовували чек-лист. У табл. 2 наводимо джерела даних, які використовувалися у дослідженні.

У табл. 3 наведено перелік результатів лабораторних досліджень, проведених пацієнтам (n = 60).

Порушення встановлювалися за допомогою використання лабораторних маркерів, динамометрії, тесту 6 хв ходьби, визначення фізіологічних індексів, а також огляду і самозвіту у відповідь на частини контрольного списку. Контрольний список МКФ є дуже детальним інструментом і вимагає використання інших заходів для забезпечення надійності та валідності вимірювань [8].

Якщо виявлялося порушення, його оцінювали відповідно до рівня тяжкості, використовуючи загальні класифікатори, вказані у табл. 4. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, можливі взаємозв'язки між порушеннями, обмеженнями активності, обмеженням участі та чинниками навколишнього середовища. Порушення можуть бути ідентифіковані шляхом огляду пацієнта, проведення опитування або за допомогою стандартизованих тестів.

«Структури тіла» та «функції організму» були оцінені за допомогою трьох класифікаторів: ступінь порушення, його тип і локалізація. Після

Таблиця 3

Показник	Середні показники (±SD)
CD4 ⁺ Т-лімфоцити	138,6 ± 19,4
Гемоглобін г/л	118,9 ± 19,7
ШОЕ мм/год	30,4 ± 12,8
АЛТ Од/л	51,3 ± 22,5
Загальний білірубін мгмоль/л	16,3 ± 3,3
Сечовина ммоль/л	7,7 ± 2,1
Креатинін ммоль/л	98,7 ± 19,9
Холестерин ммоль/л	4,5 ± 0,9
Глюкоза ммоль/л	4,9 ± 1,2
Загальний білок г/л	60,2 ± 9,9

цього дані були масштабовані, як і описувалося для порушень раніше (табл. 4). Оцінка «Діяльності та участі» проводилася на основі двох показників: «продуктивність» та «здатність». Під «здатністю» розуміють можливість людини виконувати діяльність у звичних для неї умовах, тоді як «продуктивність» указує на те, наскільки людина здатна виконувати певні завдання в реальних умовах.

Таблиця 4

Шкала ступеня тяжкості порушень, що використовувалася для кодування пунктів МКФ

0	Відсутність порушення	
1	Легке	5–24%
2	Помірне	25–49%
3	Важке	50–95%
4	Повне	96–100%
8	Не вказано	Використовується у випадках, коли немає достатньої інформації для визначення наявності порушення
9	Не застосовується	Позначає ситуацію, коли недоцільно застосовувати певний код

Для оцінювання впливу зовнішніх чинників використовували два класифікатори: визначали, чи певний чинник сприяє чи він виступає як перешкода. Позитивна чи негативна шкала показувала, наскільки той чи інший чинник полегшував або ускладнював життя (табл. 5). Щоб отримати вищезазначену інформацію, пацієнтів опитували на предмет того, чи був для них присутній чинник навколишнього середовища, і якщо так, чи є він доступним і якою мірою цей чинник сприймається як такий, що сприяє чи є бар'єром. Таким чином, ми зосередилися на встановленні того, чи був присутній або відсутній чинник навколишнього середовища і наскільки він був прийнятним. Це дало змогу встановити ступінь впливу чинника навколишнього середовища та визначити шкалу за допомогою загального кваліфікатора в діапазоні від «без бар'єру/без фасилітатора» до «повний бар'єр/повний фасилітатор» (табл. 5). Кожен із доменів, їхні категорії та підкатегорії були розділені на «легкі», «помірні» або «важкі» відповідно до показника, який використовувався для визначення наявності та ступеня порушення. Наприклад, якщо певний показник пацієнта був у межах норми, він оцінювався як «без порушень». Аналогічно, обмеження активності та обмеження участі, а також чинники навколишнього середовища були кваліфіковані за допомогою кваліфікаторів, рекомендованих ВООЗ.

Таблиця 5

Шкала кодування впливу чинників навколишнього середовища: негативна шкала = бар'єри; позитивна шкала = фасилітатори

	Негативна шкала:	Позитивна шкала:
0	Немає бар'єру	Немає фасилітатора
1	Легкий бар'єр	Легкий фасилітатор
2	Помірний бар'єр	Помірний фасилітатор
3	Важкий бар'єр	Суттєвий фасилітатор
4	Повний бар'єр	Повний фасилітатор

Результати дослідження. Остаточну у дослідженні взяло участь 60 пацієнтів (23 чоловіки та 37 жінок). Детальну характеристику пацієнтів наведено в табл. 6.

Пацієнти з ВІЛ-позитивним статусом є складними коморбідними пацієнтами, таким чином, порушення функцій у цій когорті визначається за багатьма доменами. Часто спостерігалися такі порушення функції: травна, метаболічна та ендокринна системи (n = 50, 83,3%); сенсорні функції (n = 56, 93,3%); серцево-судинна, гематологічна, імунна та дихальна системи (n = 58, 96,6%). Рентгенологічні зміни були очевидними та показали деструкцію легень та затемнення. Нейром'язові, скелетні та пов'язані з рухом функції (n = 45, 75,0%), структурні зміни, які були виявлені з боку нервової системи, включали ураження спинного

Таблиця 6

Характеристика пацієнтів, включених у дослідження

			P
Демографічна характеристика			
Середній вік		39,1 ± 8,3 рокк	0,03
Стать	Чоловіки	23 (38,3%)	0,12
	Жінки	37 (61,7%)	0,14
Місце проживання	Місто	39 (65,0%)	0,02
	Село	21 (35,0%)	0,03
Працюючі		38 (63,3%)	0,56
Характеристика ВІЛ/СНІДу			
Стадія ВІЛ	III	5 (8,4%)	0,02
	IV	55 (91,6%)	0,04
Живуть із ВІЛ		9,4 ± 1,7 рокк	0,01
Середній рівень CD4+ Т-лімфоцитів		116,3 ± 116,6 кл/мл	0,06
Характеристика здоров'я та сну			
Індекс маси тіла		19,2 ± 3,1	0,02
Артеріальний тиск		128.7 / 73.5	0,04
Середня тривалість сну протягом тижня (год.)		5.95 ± 1.24	0,49
Загальна фізична активність протягом тижня (год.)		6.98 ± 7.17	0,40

мозку і периферичних нервів. Двадцять сім пацієнтів ($n = 27, 46,6\%$) повідомили про якісні зміни, такі як зміни відчуття або відсутність відчуття. М'язова атрофія чи дистрофія визначалися в категорії порушення функції руху. Психічна діяльність ($n = 44, 73,3\%$); енергетичний баланс і мотивація ($n = 45, 75,0\%$); сон ($n = 49, 81,6\%$); емоційний стан ($n = 41, 68,3\%$); м'язова сила ($n = 52, 86,6\%$). Обмеження активності було виявлено в таких сферах: мобільність ($n = 37, 61,6\%$), важливі життєві сфери ($n = 33, 55,0\%$) і спільнота, соціальне та громадянське життя ($n = 30, 50,0\%$).

Під час оцінювання обмежень активності та участі нами було зроблено відмінність між першим і другим кваліфікатором, щоб розрізнити продуктивність пацієнта у його звичному середовищі зі сторонньою допомогою (перший кваліфікатор) та безпосередньо продуктивність пацієнта без сторонньої допомоги (другий кваліфікатор). Пацієнти назвали кілька причин, чому вони не могли вийти на вулицю, навіть якщо вони були мобільними. Зокрема, до прикладу, причинами могли бути страх стигматизації або навіть неможливість досить швидко знайти туалет.

Пацієнти із сенсорними проблемами мали вп'ятеро більшу ймовірність мати проблеми із самообслуговуванням порівняно з людьми без сенсорних проблем. Пацієнти з порушеннями травної, сечостатевої, нервової та опорно-рухової систем у двадцять разів частіше мали проблеми із загальними завданнями порівняно з тими, хто не мав порушень у цих системах ($p < 0,01$). Пацієнти з порушеннями серцево-судинної, гематологічної, імунологічної та дихальної систем у чотирнадцять разів частіше мали проблеми з виконанням загальних завдань ($p = 0,002$).

Також встановлено, що пацієнти із сенсорними проблемами в чотири рази частіше мали проблеми із самообслуговуванням без допомоги оточення і в п'ять разів частіше мали проблеми з побутом. Пацієнти з порушеннями функції голосу і мовлення у шість разів частіше відчували проблеми з комунікацією, як без допомоги середовища, так і за допомогою навколишнього середовища. Проблеми з нервово-м'язовими та руховими функціями вплинули на такі види участі, як загальні та складні завдання, мобільність, самообслуговування та побут.

Пацієнти повідомляли, що вплив різних чинників навколишнього середовища міг відчуватися як бар'єр чи фасилітатор (табл. 7). Встановлено, що фасилітатори відчувалися найбільше у сферах підтримки та відносин, а також у взаємовідносинах індивіда у суспільстві, особливо до медичних працівників. Багато пацієнтів висловлювали думку про те, що медичні працівники були більш толерантними та корисними порівняно з працівниками інших сфер, з якими їм доводилося взаємодіяти. Слід зазначити значно менший вплив у сфері служби, системи та політики. 53% пацієнтів мали легкі або важкі проблеми з навколишнім середовищем, зокрема світлом і звуком; 16 (27%) пацієнтів відчували проблеми зі світлом, а 23 (38%) – зі звуком. Також значні бар'єри пацієнти відчували у сферах взаємовідносини індивіда в суспільстві та служби, системи та політики.

Використання МКФ у ВІЛ-інфікованих пацієнтів дає змогу встановити сфери, де відзначається найбільше порушень. Завдяки цьому можна створити точну картину порушення функцій пацієнтів із ВІЛ-позитивним статусом. Основною проблемою під час оцінювання пацієнтів за МКФ,

Таблиця 7

Чинники навколишнього середовища, які сприймаються як бар'єри чи фасилітатори

	Бар'єри			Фасилітатори		
	Немає	Від легкого до помірного	Від важкого до повного	Немає	Від легкого до помірного	Від важкого до повного
e1 Продукція та технології	46 (75,7%)	9 (15,4%)	5 (8,9%)	49 (81,6%)	7 (11,7%)	4 (6,7%)
e2 Навколишнє середовище та природні змінні ньюму, що виникли внаслідок діяльності людини	28 (46,7%)	13 (21,6%)	19 (31,7%)	57 (95,0%)	2 (3,4%)	1 (1,6%)
e3 Підтримка і взаємовідносини	34 (56,6%)	11 (18,4%)	15 (25,0%)	12 (20,0%)	13 (21,6%)	35 (58,4%)
e4 Взаємовідносини індивіда в суспільстві	26 (43,4%)	17 (28,3%)	17 (28,3%)	16 (26,6%)	13 (21,6%)	31 (51,8%)
e5 Служби, системи та політика	14 (23,3%)	19 (31,7%)	27 (40,5%)	27 (45,0%)	19 (31,6%)	14 (23,4%)

на нашу думку, було забезпечення тривалої прихильності ВІЛ-інфікованих, які могли відмовитися надавати ту чи іншу інформацію або свідомо відповідати невірно.

Результати нашого дослідження, у якому було виявлено значні порушення функцій у ВІЛ-позитивних пацієнтів, узгоджуються з дослідженнями, проведеними [2; 5; 10]. Ми виявили, що найчастішим порушенням було зниження м'язової сили, що, очевидно, спричинено тим, що більшість пацієнтів мала ВІЛ на стадії СНІДу. У науковій літературі повідомляється про одночасне ураження кількох органів та систем у ВІЛ-інфікованих [2]. Наявність коморбідності у наших пацієнтів, особливо одночасних проявів хвороби, таких як біль, розлади дихання та задишка, а також ураховуючи їхній вплив на рівень активності та обмеження участі, фізичний терапевт повинен ураховувати під час планування фізичної терапії. Сьогодні існує невелика кількість досліджень, пов'язаних із використанням МКФ для оцінювання функцій у ВІЛ-інфікованих. Більшість досліджень, у яких повідомляється про порушення функцій, стосується вивчення якості життя [11], проявів синдрому втоми та змін антропометричного профілю, зокрема проблем підтримки маси тіла на належному рівні. Раніше повідомлялося, що втома у хворих на СНІД сприяє обмеженням їхньої активності, такої як рухливість і повсякденна участь і спілкування [7]. У нашому дослідженні 59% пацієнтів мали низький рівень гемоглобіну, який, як зазначено [2], може бути прямим результатом ВІЛ-інфекції або непрямим побічним ефектом АРТ-препаратів [1]. У нашому дослідженні більшість пацієнтів мали проблему втрати ваги. Разом із тим складність впливу ВІЛ на різні системи організму подаються як впливи між індексом маси тіла і дифузійною здатністю [2]. У цьому дослідженні пацієнти повідомили про підтримку ваги як про основну проблему. Значна частка наших пацієнтів повідомили про біль (під підкатегорією сенсорні проблеми). Сенсорні порушення передбачають проблеми з побутом та самообслуговуванням. Біль був тісно пов'язаний із труднощами в загальних завданнях ($p = 0,0001$), мобільності ($p = 0,001$) і побути ($p = 0,005$). У дослідженнях встановлено,

що біль є поширеним симптомом ВІЛ-інфекції і пов'язаний з обмеженням активності та ролі [12]. У зв'язку з широким та раннім призначенням АРТ в Україні існує необхідність зосередити увагу на лікуванні тих порушень, які можуть мати глибокий вплив на функціональний статус пацієнта з ВІЛ. Незважаючи на це, негативний мультисистемний вплив вірусу знижує якість їхнього життя [1; 7]. Нами було встановлено порушення рухових функцій та активності у 84,6% пацієнтів. Варто зазначити, що у ВІЛ-інфікованих було виявлено багато обмежень активності, які були пов'язані з основною діяльністю повсякденного життя, проте у літературі описуються порушення активності, пов'язаної з рольовим функціонуванням та участю у громаді.

Щодо впливу навколишнього середовища, то позитивним було визначення взаємодії з медичними працівниками як фасилітатора. Хоча насторожує, що служби, системи та політика не були широко визнаними фасилітаторами, але значною мірою виступали бар'єрами для ВІЛ-інфікованих. Отже, дослідження необхідно проводити серед більш широкого кола пацієнтів і в різних контекстах, щоб отримати більш репрезентативну картину.

Висновок. Використання МКФ дало змогу провести всебічне оцінювання ВІЛ-позитивних пацієнтів щодо здоров'я та інвалідності. Було вивчено рівні та взаємодії між порушеннями, активністю та участю, які тісно пов'язані з функцією та згодом можуть впливати на участь у соціальному житті людей, що живуть із ВІЛ. У пацієнтів встановлено високий рівень порушень, обмежень активності та участі. Однак чек-лист МКФ є занадто довгим, а стандартизація змінних виявилася дуже тривалим процесом. Таким чином, потрібно адаптувати короткий контрольний список МКФ для оцінювання ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Перспектива подальших досліджень полягає в адаптації короткого контрольного списку МКФ для ВІЛ-інфікованих, що дасть змогу використовувати МКФ як основний інструмент для формулювання реабілітаційного діагнозу та під час планування і розроблення програм фізичної терапії для людей, що живуть із ВІЛ.

Список використаних джерел

1. Gakhar H., Kamali A., Holodnyi M. Health-related quality of life assessment after antiretroviral therapy: a review of the literature // *Drugs*. 2013. № 73. С. 651–672. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00108-013-0512-x>.
2. O'Brien K.K., Bayoumi A.M., Strike C., Young N.L., King K., Davis A.M. How do existing HIV-specific instruments measure up? Evaluating the ability of instruments to describe disability experienced by adults living with HIV // *Health Qual Life Outcomes*. 2010. Т. 8. № 88. DOI: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-8-88>.

3. Enhancing quality of life and medication adherence for people living with HIV: the impact of an information system // *Journal of Patient-Reported Outcomes*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s41687-021-00343-1>.
4. Communication and coordination of care for people living with HIV: a qualitative study of the patient perspective // *BMC Primary Care*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01469-x>.
5. Crane H.M., Lober W., Webster E. et al. Routine collection of patient-reported outcomes in an HIV clinic setting: the first 100 patients // *Curr HIV Res*. 2007. № 5. C. 109–118. DOI: <https://doi.org/10.2174/157016207780295010>.
6. Snyder C.F., Aaronson N.K., Choucair A.K., Wu A.W. Patient-reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research // *Med Care*. 2013. № 51. C. 73–79. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31825fb41a>.
7. Laws M.B., Beach M.C., Lee Y. et al. Provider-patient adherence dialogue in HIV care: results of a multisite study // *AIDS Behav*. 2013. № 17. C. 148–159. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0225-z>.
8. Mokkink L.B., Terwee C.B., Patrick D.L. et al. The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes // *J Clin Epidemiol*. 2010. № 63. C. 737–745. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>.
9. Lowther K., Selman L., Harding R., Higginson I.J. Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): a systematic review // *Int J Nurs Stud*. 2014. № 51(8). C. 1171–1189. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.015>.
10. A systematic review and meta-analysis of HIV-associated neurocognitive disorders (HAND) among people with HIV in Ethiopia // *AIDS Research and Therapy*. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00340-w>.
11. Snyder C.F., Jensen R.E., Segal J.B., Wu A.W. Implementing patient-reported outcomes assessment in clinical practice: a review of the options and considerations // *Qual Life Res*. 2012. № 21. C. 1305–1314. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-011-0054-x>.
12. Boyce M.B., Browne J.P., Greenhalgh J. The experiences of professionals with using information from patient-reported outcome measures to improve the quality of healthcare: a systematic review of qualitative research // *BMJ Qual Saf*. 2014. № 23(6). C. 508–518. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002524>.