

УДК 616.216-002.2-006.5-031.14-06:616.89-008.454 [(470.53-25)]

ВЛИЯНИЕ НАЗАЛЬНОЙ ОБСТРУКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПОЛИПОЗНОМ РИНОСИНУСИТЕ НА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ

*А. А. Шишкин**, *Ю. В. Каракулова*, *Н. В. Ворончихина*

*Пермский государственный медицинский университет
им. академика Е. А. Вагнера, г. Пермь, Россия*

INFLUENCE OF NASAL OBSTRUCTION ON NEUROPSYCHICAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC POLYPOUS RHINOSINUSITIS

*A. A. Shishkin**, *Yu. V. Karakulova*, *N. V. Voronchikhina*

Perm State Medical University named after E. A. Wagner, Perm, Russian Federation

Цель. Изучить психологическое состояние пациентов с хроническим полипозным риносинуситом (ХПР).

Материалы и методы. Обследовано 27 пациентов с ХПР в возрасте от 22 до 75 лет. Группа контроля – 12 здоровых лиц. Оценивался оториноларингологический статус по шкале ВАШ, наличие тревоги и депрессии по шкале CES-D, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), тесту Спилбергера–Ханина, опроснику по общему состоянию здоровья (САН); определялось наличие астении (MFI-20). Обработка результатов проводилась с помощью программы Statistica 8.0 с использованием описательной статистики (*Me* и *Q*), непараметрических методов (критерий Манна–Уитни). При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

Результаты. По шкале ВАШ носовое дыхание 3,0 (2,0; 3,0) балла, при выписке показатель вырос до 9,0 (8,0; 9,0) баллов, количество отделяемого из носа – 5,0 (3,0; 7,0) баллов при поступлении, при выписке снизилось до 3,0 (2,0; 4,0) баллов. Медиана депрессии по шкале CES-D при поступлении составила 12,0 (9,0; 19,0), по госпитальной шкале тревоги и депрессии – 4,0 (3,0; 5,0) и 3,0 (1,0; 6,0) соответственно. Повышенная реактивная тревожность по тесту Спилбергера–Ханина выявлена у 35,29 % больных, личностная тревожность повышена у 41,18 % больных. По данным шкалы MFI-20, клинически выраженная астения наблюдалась у 47 % обследованных. По шкале САН медиана общих показателей составила при поступлении 5,07 (4,2; 6,0), при выписке – 5,87 (5,31; 6,31).

Выводы. У пациентов с ХПР имеют место легкая депрессия, явления астенизации и нарушения качества жизни по шкале САН. Показатели общей астении имеют достоверную корреляционную зависимость с носовым дыханием. После лечения у пациентов достоверно улучшились показатели носового дыхания и уменьшились показатели астении, шкалы САН.

Ключевые слова. Хронический полипозный риносинусит, носовое дыхание, депрессия, тревога, астения, качество жизни.

© Шишкин А. А., Каракулова Ю. В., Ворончихина Н. В., 2015

e-mail: andreialexandrov@mail.ru

тел. 8 902 478 25 44

[Шишкин А. А. (*контактное лицо) – аспирант кафедры неврологии имени В. П. Первушина; Каракулова Ю. В. – доктор медицинских наук, профессор кафедры неврологии имени В. П. Первушина; Ворончихина Н. В. – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии].

Aim. To study the psychological status of patients with chronic polypous rhinosinusitis (CPR).

Materials and methods. Twenty seven patients with CPR aged 22 to 75 years were examined. The control group included 12 persons. Otorhinolaryngological status was assessed by VAS scale, anxiety and depression by CES-D scale, hospital anxiety and depression scale (HADS), Spielberger-Hanin test, general health status by SAN questionnaire; asthenia – MFI-20. “Statistica 8.0” program including descriptive statistics (*Me* and *Q*) and nonparametric methods (Mann-Whitney U-test) was used for processing of the obtained results. The differences were considered reliable with $p < 0,05$.

Results. Using VAS scale, the nasal respiration was estimated as 3,0 (2,0; 3,0) scores; at discharge this index increased to 9,0 (8,0; 9,0) scores, the nasal discharge amount was 5,0 (3,0; 7,0) scores at admission to hospital and decreased to 3,0 (2,0; 4,0) scores at discharge from hospital. Depression median by CES-D scale at admission was 12,0 (9,0; 19,0), by Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – 4,0 (3,0; 5,0) and 3,0 (1,0; 6,0), respectively. Elevated reactive anxiety according to Spielberger-Hanin test was detected in 35,29 % of patients, personal anxiety was increased in 41,18 % of patients. Clinically manifested asthenia was observed in 47 % of the examined patients using MFI-20 scale data. According to SAN, the overall indices median was at admittance 5,07 (4,2; 6,0), at discharge – 5,87 (5,31; 6,31).

Conclusions. Patients with CPR have mild depression, asthenization and worsened quality of life by SAN scale. General asthenic indices have a reliable correlation dependence on the nasal respiration. After treatment, patients' nasal respiration reliably improved, asthenia and SAN indices decreased.

Key words. Chronic polypous rhinosinusitis, nasal respiration, depression, anxiety, asthenia, quality of life.

ВВЕДЕНИЕ

Хронический полипозный риносинусит (ХПР) является одним из самых распространенных заболеваний в оториноларингологической практике. В США и других развитых странах этой болезнью страдает примерно каждый восьмой взрослый, причем наблюдается постоянный рост заболеваемости [1]. По данным Европейского соглашения по хроническому полипозному риносинуситу 2012 г. (EPOS), полипозом носа и околоносовых пазух страдают 2–4 % населения Европы [8].

ХПР представляет собой хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух, характеризуется образованием и рецидивирующим ростом полипов, состоящих преимущественно из отечной ткани с эозинофильно-нейтрофильной инфильтрацией [2]. Связанный с этим синдром назальной обструкции и гипосмии способствует нарушению ликворообращения в полости черепа, ослаблению внимания и памяти. Эти клинические симптомы достоверно снижают качество жизни пациентов, их работоспособность, увеличивают заболеваемость острыми респираторными инфекциями [5]. В настоящее время лечение риносинуситов является

одной из самых актуальных проблем оториноларингологии, решение которой лежит в плоскости как управления здоровьем населения, так и экономики здравоохранения [3].

Согласно многофакторной теории полипозного риносинусита для образования полипов в полости носа и околоносовых пазух необходимо сочетание двух условий – наличия нарушения биологических процессов в организме и воздействие факторов внешней среды [4, 7]. Эмоциональным и когнитивным нарушениям у пациентов с назальной обструкцией при различных заболеваниях носа не уделяется должного внимания. Тем не менее расстройства тревожно-депрессивного спектра у больных с нарушением носового дыхания могут определять степень дезадаптации, затруднять процессы реабилитации и в конечном итоге снижать качество жизни. Эта проблема особенно актуальна для людей умственного труда и пациентов, чья профессия связана с необходимостью повышенной концентрации внимания [6]. Однако в доступной нам литературе вопрос психологического состояния у пациентов данной группы освещен слабо.

Задачей нашего исследования стало изучение психологического состояния у пациентов с полипозным риносинуситом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами было обследовано 27 пациентов с полипозной формой хронического риносинусита дважды (на момент поступления и при выписке). Среди них было 17 мужчин и 10 женщин в возрасте от 22 до 75 лет. В группу контроля вошли 12 практически здоровых лиц, не имеющих ХПР, соответствующих по полу и возрасту обследованным. Все пациенты перед проведением исследования были проинформированы о цели и сути исследования и подписали информированное согласие на его проведение, они также имели возможность отказаться от исследования или прекратить его по собственному желанию.

У пациентов при поступлении и после лечения при выписке оценивался оториноларингологический статус (оценка носового дыхания и количества отделяемого из носа) по шкале ВАШ, изучали наличие тревоги и депрессии по шкалам CES-D, госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), тесту Спилбергера–Ханина, общее состояние здоровья оценивалось по шкале САН (самочувствие, активность, настроение), наличие астении оп-

ределялось по шкале MFI-20. Всем пациентам проводилось оперативное лечение (эндоскопическая шейверная полипотомия носа). Статистическая обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ Statistica 8.0 с использованием описательной статистики (определение медианы (*Me*) и квартилей (*Q*)), непараметрических методов (сопоставление независимых групп с использованием критерия Манна–Уитни). При $p < 0,05$ различия считались достоверными.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Пациентам предлагалось оценить собственное носовое дыхание и количество отделяемого из носа в баллах (от 1 до 10 баллов), данный тест проводился при поступлении и при выписке. При поступлении обследованные оценили свое носовое дыхание в 3,0 (2,0; 3,0) балла, при выписке показатель вырос до 9,0 (8,0; 9,0) баллов, количество отделяемого из носа при поступлении составило 5,0 (3,0; 7,0) баллов, при выписке снизилось до 3,0 (2,0; 4,0) баллов (таблица, рис. 1). Данные достоверно подтверждены критерием Стьюдента $< 0,05$.

Сравнительная характеристика показателей нейropsychологического статуса пациентов с хроническим полипозным риносинуситом относительно здоровых лиц

Показатель	До лечения (<i>n</i> = 27)	После лечения (<i>n</i> = 27)	Значимость различий <i>p</i>
Оценка носового дыхания по ВАШ, баллы	3,0 (2,0; 3,0)	9,0 (8,0; 9,0)	0,000438
Оценка отделяемого из носа по ВАШ, баллы	5,0 (3,0; 7,0)	3,0 (2,0; 4,0)	0,036242
Шкала САН, баллы			
общая	5,065 (4,2; 6,0)	5,865 (5,31; 6,31)	0,055720
самочувствие	5,5 (4,6; 6,0)	5,95 (5,35; 6,55)	0,011286
активность	4,75 (3,85; 5,4)	5,7 (5,1; 6,15)	0,004286
настроение	5,4 (4,85; 6,15)	5,85 (5,25; 6,5)	0,069214
Шкала CES-D, баллы	12,0 (9,0; 19,0)	13,0 (7,0; 17,0)	0,064000
Шкала HADS, баллы			
депрессия	3,0 (1,0; 6,0)	3,0 (1,0; 5,0)	0,373945
тревога	4,0 (3,0; 5,0)	3,0 (1,0; 6,0)	0,245294
Шкала MFI-20, баллы			
общая астения	10,0 (7,0; 15,0)	8,0 (5,0; 12,0)	0,015086
понижение активности	12,0 (9,0; 13,0)	10,0 (5,0; 13,0)	0,017059
снижение мотивации	11,0 (9,0; 14,0)	10,0 (8,0; 11,0)	0,015023
физическая астения	10,0 (9,0; 13,0)	7,0 (5,0; 11,0)	0,006319
психическая астения	10,0 (7,0; 12,0)	7,0 (5,0; 9,0)	0,050059
Шкала тревоги Спилбергера, баллы			
реактивная тревога	41,0 (35,0; 48,0)	32,0 (27,0; 41,0)	0,078732
личностная тревога	43,0 (32,0; 48,0)	39,0 (31,0; 45,0)	0,224307

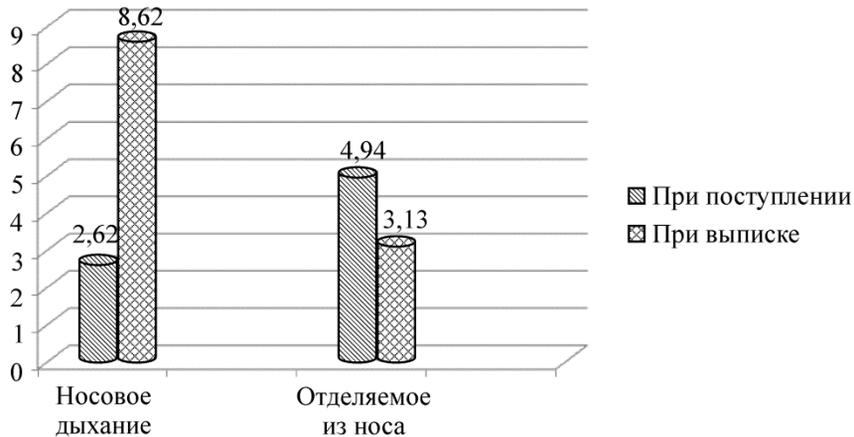


Рис. 1. Показатели носового дыхания по шкале ВАШ при поступлении и выписке у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом, баллы

По шкале CES-D депрессия при поступлении была выявлена у 5 человек, средний балл – 12,0 (9,0; 19,0). По госпитальной шкале тревоги и депрессии тревога при поступлении выявлена у 3 человек, средний балл – 4,0 (3,0; 5,0), депрессия выявлена у 4 человек, средний балл – 3,0 (1,0; 6,0). Тест Спилбергера–Ханина показал, что реактивная тревожность выше нормы была у 35,29 % больных с ХПР. Средний балл реактивной тревожности составил 41,0 (35,0; 48,0), что существенно выше показателей контрольной группы здоровых лиц. После лечения реактивная тревожность снизилась до 32,0 (27,0; 41,0). При поступлении личностная

тревожность была повышена у 41,18 % больных, средний балл составил 43,0 (32,0; 48,0), после лечения она снизилась до 39,0 (31,0; 45,0). Данные шкалы MFI-20 достоверно говорят о наличии клинически выраженной астении у 47 % пациентов с назальной обструкцией вследствие ХПР, все показатели астении были превышены при поступлении: физическая астения – 10,0 (9,0; 13,0), психическая астения 10,0 (7,0; 12,0) (рис. 2). После проведенного лечения средние показатели физической и психической астении достоверно снизились и к выписке составили 7,0 баллов (5,0; 11,0) и 7,0 (5,0; 9,0) соответственно.

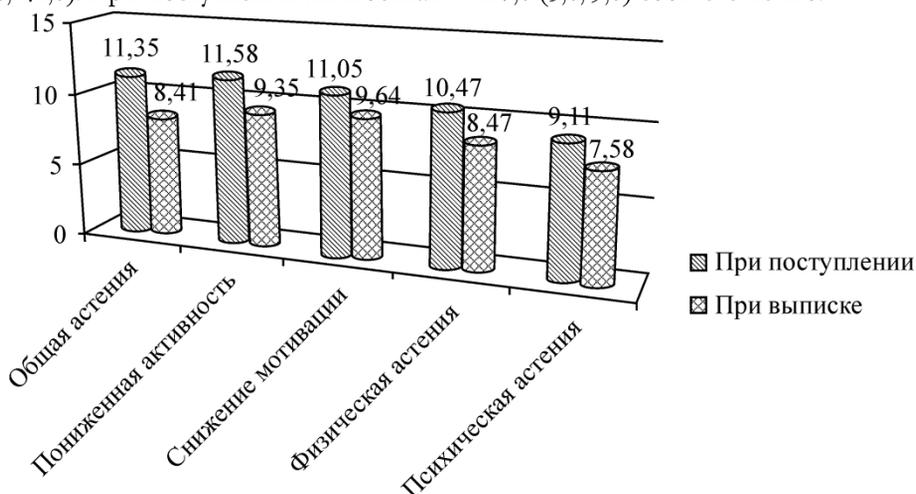


Рис. 2. Сравнение показателей шкалы астении MFI-20 у пациентов с хроническим полипозным риносинуситом до и после лечения, баллы

Диаграмма рассеяния
 Носовое дыхание по ВАШ до лечения = $4,1223 - 0,1281x$;
 0,95%-ный доверительный интервал

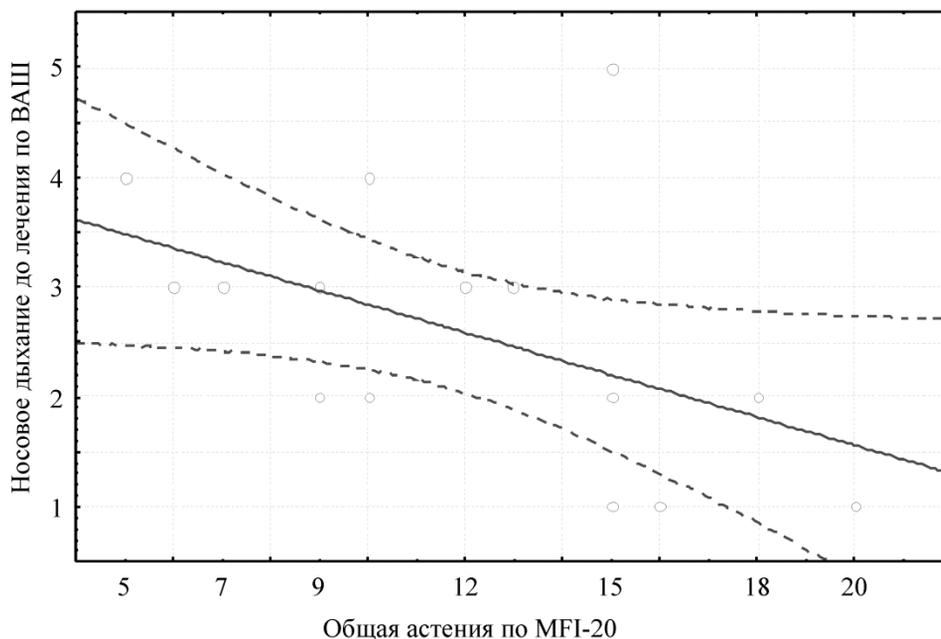


Рис. 3. Корреляционная зависимость оценки носового дыхания до лечения от показателя общей астении по шкале MFI-20

По шкале САН (самочувствие, активность, настроение) – понижение общего показателя при поступлении до 5,07 (4,2;6,0) баллов, в частности при градации по отдельным подшкалам: самочувствие – 5,5 (4,6; 6,0); активность – 4,75 (3,85; 5,4), настроение – 5,40 (4,85; 6,15). При выписке общий показатель составил 5,87 (5,31; 6,31), самочувствие и активность пациентов значимо ($p < 0,05$) улучшились до 5,95 (5,35; 6,55) и 5,7 (5,1; 6,15).

При статистическом анализе выявлена отрицательная достоверная корреляционная связь носового дыхания с общей астенией (рис. 3).

Выводы

У пациентов с ХПР наряду с нарушением носового дыхания имеют место легкая депрессия, явления астенизации и нарушения качества жизни по шкале САН. При по-

ступлении в нейропсихологическом статусе у 23 % пациентов выявлены повышенные показатели депрессии, у 47 % достоверно выраженная общая астения, в 17 % случаев изменилось самочувствие и в 23 % – активность больных. Показатели общей астении имеют достоверную корреляционную зависимость от носового дыхания. После лечения ПРС при выписке у пациентов достоверно улучшились показатели носового дыхания и уменьшились показатели астении, шкалы САН, что свидетельствует об улучшении общего самочувствия больных.

Патогенетическая основа формирования психоэмоциональных расстройств при нарушениях носового дыхания не изучена и требует уточнения. Помимо гипоксического поражения церебральных структур и нарушения ликвороциркуляции, обсуждаемых в литературе, в патогенезе эмоционально-когнитивных нарушений при обструктив-

ных заболеваниях носа несомненную роль играют вегетативные нарушения, исследование которых является следующей задачей нашего исследования. Восстановление носового дыхания, несомненно, улучшает эмоциональный статус больных, их социальную адаптацию и качество жизни как интегральный показатель физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного.

Современные методы эндоскопической риносинусохирургии с применением схем медикаментозной терапии позволяют в значительной степени улучшить как непосредственные, так и отдаленные результаты лечения пациентов с данной патологией и в значительной мере улучшают их нейропсихологический статус.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Зарубин М. М.* Лечение болезней ЛОР-органов: новейший справочник. Ростов н/Д: Феникс 2007; 240.
2. *Лопатин А. С.* Современные теории патогенеза полипозного риносинусита. Пульмонология 2003; 5: 110–115.
3. *Пискунов Г. З.* Причины роста распространенности заболеваний носа и околоносовых пазух. Российская ринология 2009; 2: 7–9.
4. *Рязанцев С. В.* Этиопатогенетическая теория полипозных риносинуситов. Российская ринология 1999; 1: 21–23.
5. *Шахова Е. Г., Бакумова О. Р.* Боль в горле: современные аспекты этиологии, диагностики и лечения. Фарматека: медицинский журнал. Руководства и рекомендации для семейных и терапевтов 2011; 5: 62–66.
6. *Яхно Н. Н., Захаров В. В.* Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии. Российский медицинский журнал 2002; 10 (12–13): 28–37.
7. *Bradley D. T., Kountakis S. E.* Role of interleukins and transforming growth factor-beta in chronic rhinosinusitis and nasal polyposis. Laryngoscope 2005; 115: 684–687.
8. EPOS (European position paper on rhinosinusitis and nasal polyposis). Rhinology 2007; 20: 1–30.

Материал поступил в редакцию 2.09.2015