

*К.Г. СЕЛЕЗНЁВ<sup>1</sup>, Д.М. БАЙРАК<sup>2</sup>*

## **ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛИЧНОСТНОЙ ОЦЕНКИ В ПЛАНИРОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РОНХОПАТИЕЙ**

<sup>1</sup>*Каф. нейрохирургии, отоневрологии и ЛОР-болезней Донец. нац. мед. ун-та  
им. М. Горького;* <sup>2</sup>*Мариупольская гор. больница №2*

### **ДОЦІЛЬНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ОСОБИСТОЇ ОЦІНКИ В ПЛАНУВАННІ ЗАХОДІВ З МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РОНХОПАТІЮ**

*Селезньов К.Г., Байрак Д.М. (Донецьк)*

#### *Резюме*

Були вивчені зміни якості життя 109 хворих, що пройшли лікування з приводу хропіння. На підставі співставлення об'єктивних і суб'єктивних даних результатів лікування, а також залежно від психологічного навантаження виявлені «сприятливі і несприятливі» типи реагування на хворобу при даній патології. Враховуючи отримані дані, планування лікувальних заходів в контрольній групі з 19 пацієнтів дозволило підвищити результат лікування на 10%.

**Ключові слова:** хропіння, суб'єктивна оцінка, якість життя

### **FEASIBILITY OF THE USE OF INDIVIDUAL EVALUATION IN THE PLANNING MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH**

*Seleznev K.G., Bayrak D.N. (Donetsk)*

#### *Summary*

The change of the life quality was subjected to study amongst 109 sick, passed treatment on cause of the snore. The «favourable and unfavorable» types of the reaction on disease are revealed at this pathology on the grounds of collations objective and subjective results of treatment, as well as depending on psychological load. The planning medical action has allowed to rising the result of the treatment on 10% in control group from 19 patients, on the grounds of studies data.

**Keywords:** snore, subjective estimation, quality of the life.

По данным эпидемиологии, инсомния встречается в популяции у 28-45%, и в половине случаев является важной проблемой, требующей лечения [12]. Среди ее многочисленных причин особое место занимают синдромы, возникающие во сне [9]. Большое внимание уделяется и феномену храпа, распространенность которого среди женщин составляет около 10%, а среди мужчин – около 20% [1,2], причем с возрастом эти цифры увеличиваются [11].

Современные высокоэффективные, особенно хирургические методы лечения хронической ринхопатии (достигают до 90-95%) [4,8] не исключают возможности возникновения анатомических, функциональных и психологических нарушений. И не только объем хирургического вмешательства

ства, но сам факт операции отнесен рядом авторов к факторам, влияющим на психологическое состояние пациента [13]. Существующие методы медицинской реабилитации лиц с данной патологией [3,5] направлены на профилактику развития психологических расстройств, устранение последствий радикального лечения и восстановление сниженных функций. Однако в существующих системах практически не отводится место диагностике психологического статуса пациента, хотя медицинская реабилитация предполагает воздействие на конкретного больного.

В связи с вышеизложенным целью данной работы явилась разработка программы лечебно-диагностических мероприятий, использующей субъективную

оценку пациента как возможный критерий для выбора метода лечения. Достижение поставленной цели осуществлялось посредством решения следующих задач:

1) исследование медико-психологических особенностей у лиц с хронической ринхопатией и их влияние на результат лечения;

2) сравнение объективных и субъективных (самооценка пациентом) результатов лечения хронической ринхопатии;

3) зависимость результатов лечения от выбора метода, основанного на принципе клиничко-психологической обусловленности.

**Связь работы с научными программами, планами, темами.** Исследование является фрагментом НИР: «Розробка комплексних систем реабілітації хворих в оториноларингології» (шифр УН 09.04.11, № госрегистрации 0109U001073).

#### **Материалы и методы**

В основу нашей работы положены результаты обследования и лечения 156 больных хронической ринхопатией (97 мужчин и 59 женщин в возрасте от 17 до 74 лет), которые были распределены на две группы: основную и группу контроля. Мы использовали максимально возможное число методов лечения (из всего спектра существующих), назначаемых с учетом этиологического фактора. У всех 156 пациентов проведено исследование психологического статуса методом клинической беседы, тестом, определяющим внутреннюю картину болезни (ВКБ), и тестом Дембо-Рубинштейна, определяющим уровень субъективной самооценки больного. Единственным условием было добровольное согласие, которое получено повторно у 128 из 132 больных (что за исключением 5-ти пациентов, отказавшихся от лечения, и 19 лиц с синдромом обструктивного апноэ сна, не предусматривающихся для данного интервьюирования, составило 96,96%).

#### **Результаты и их обсуждение**

Подвергнув рассмотрению результаты повторного психологического исследования в основной группе (109 человек), мы обнаружили, что среди довольно значительного числа больных (18,35%) после как хирургического так и консервативного лечения по-

казатели самооценки снизились. Детальное изучение позволило выявить следующее.

1. Смешанный эргопатический-анозогнозический тип, являясь согласованным внутриблоковым типом с признаками адаптации, при сочетании указанных типовых характеристик, отличается динамикой субъективной оценки на фоне лечения от «чистых» типов. При детальном анализе каждого случая обнаружено, что как при отсутствии клинического эффекта, так и при его положительной регистрации (и лечащим врачом, и пациентом), показатели самооценки либо оставались без изменения, либо умеренно снижались. В то же время при аналогичном этиологически обоснованном подходе к лечению в группах пациентов с другими типами прослеживался динамический рост показателей.

2. При диффузном типе реагирования на болезнь в группе больных, перенесших хирургическое лечение, средняя самооценка по шкалам снизилась (с +1,37 до +1,2), а в группе с консервативным методом возросла вдвое (с +0,47 до +0,83).

3. Подобный результат зафиксирован и в группе лиц с эргопатическим типом: при хирургическом лечении наблюдается снижение показателей самооценки вдвое (с +1,45 до +0,75), тогда как консервативное лечение, хоть и незначительно (на +0,1), но все же увеличило показатель по группе.

4. Дальнейшее сопоставление значений самооценки по каждой группе установило отсутствие статистически достоверных различий среди результатов по одному типу ВКБ в зависимости от психологической и физиологической нагрузки.

5. Особого внимания заслуживает рассмотрение смешанных типов, среди которых в субъективной оценке наиболее «благоприятным» по результатам лечения оказалось сочетание сенситивного с тревожным типом, а «неблагоприятным» – эргопатического с анозогнозическим.

Общая субъективная оценка результативности лечения составила +0,65 балла, при +0,5 в группе с хирургическим лечением и +0,8 – в группе с консервативным.

На основании объективных данных мы получили высокий процент эффективности **хирургического лечения** храпа –

86,4%, соответствующий источникам литературным [4, 6, 7]. Однако, формируя выводы, мы не могли пренебречь фактом наличия 18,2% пациентов со сниженными субъективными показателями качества жизни после проведенного лечения. Заслуживает также особого внимания и то, что при более низкой эффективности *консервативного лечения* (76,9%), полученные данные также сопоставимы с литературными [10] – субъективная оценка результата лечения пациентом превышает объективный показатель на 7,7% (и составляет 84,6%).

Видимая значимость объективных и субъективных данных, полученных в ходе

изучения результатов реабилитационных мероприятий, позволила нам сформировать новый, клинико-психологический подход к выбору метода лечения, который и был внедрен в лечебный процесс 19 пациентов (группа контроля). В таблице приведены результаты эффективности лечения храпа в контрольной группе.

Несмотря на незначительное (0,23 балла) снижение среднеарифметического показателя субъективной оценки во 2-й группе, наглядно преимущественно положительное отличие по каждому «прогностически неблагоприятному» типу ВКБ при общей позитивной динамике (табл. 2).

Таблица 1

Сравнительный анализ результатов лечения храпа (контрольная группа)

Результат	Положительный				Нет эффекта				Всего больных
	объективно		субъективно		объективно		субъективно		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Мужчины	12	63,2	14	73,7	2	10,5	-	0	14
Женщины	4	21,0	5	26,3	1	5,3	-	0	5
Итого	16	84,2	19	100	3	15,8	-	0	19

Таблица 2

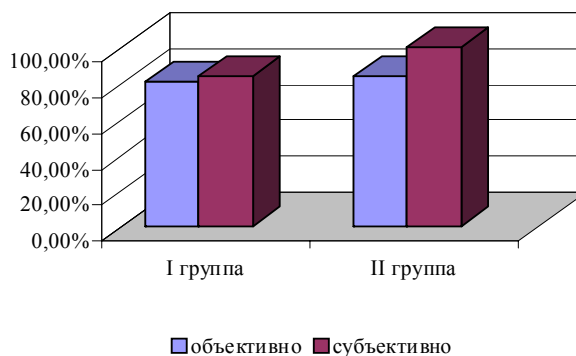
Распределение типов внутренней картины болезни и динамическая разница (до и после лечения) общих средних показателей самооценки в группах

Блоки	Тип внутренней картины болезни	I группа		II группа		Разница между средними суммарными показ. самооценки до и после лечения (p<0,03)	
		абс.	%	абс.	%	1-я группа	2-я группа
I	1. Гармоничный	13	11,93	2	10,53	+0,62	+0,3
	2. Эргопатический	20	18,35	4	21,05	-0,46	+0,15
	3. Анозогнозический	27	24,77	3	15,79	+0,39	+0,33
	4. Смешанный внутриблоковый	11	10,1	1	5,26	-0,18	+0,2
II	5. Тревожный	1	0,91	2	10,53	+2,2	+0,6
	6. Ипохондрический	1	0,91	-	0	0	-
	7. Смешанный внутриблоковый	3	2,75	-	0	+1,63	-
III	8. Сенситивный	5	4,6	2	10,53	+0,2	+0,25
	9. Смешанный внутриблоковый	-	0	-	0	-	-
Смешанный межблоковый	10. Сенситивный-эргопатический	11	10,1	1	5,26	+0,44	+0,6
	11. Сенситивный-тревожный	7	6,42	-	0	+1,32	-
	12. Сенситивный-анозогнозический	1	0,91	1	5,26	+1,9	+1,0
	13. Эгоцентрический-анозогнозический	1	0,91	-	0	+0,3	-
I-III	14. Диффузный	8	7,34	3	15,79	+0,1	+0,36
	Всего	109	100,0	19	100,0	+0,65	+0,42

Групповое отличие составляют гармоничный, тревожный и смешанный сенситивный-анозогнозический типы, где также получен положительный субъективный результат, однако вследствие индивидуального отличия высоты самооценки и различия в психологической нагрузке при малом количестве пациентов в группах данное обстоятельство нашло отражение в разнице общих показателей. Итак, хотя по *объективным* данным показатель результативности в контрольной группе вырос лишь на 3,48% (с 80,73% до 84,21%), нам удалось повысить эффективность лечебных мероприятий по *субъективным* критериям на 16,52%, достигнув 100%-й отметки (рис.). Таким образом, используя разработанную программу, мы повысили общий показатель эффективности лечения больных хронической ринхопатией на 10% (с 82,11% в 1-й группе до 92,11% во 2-й).

Важным наблюдением явилось, то, что и результаты, полученные по методике определения самооценки, и социальные критерии исхода медицинской реабилитации имеют достоверную корреляцию с типом отношения к болезни. Это позволило лечащему врачу в более полном объеме прогнозировать исход медицинской реабилитации, планировать схему лечебно-диагностических мероприятий в соответствии с возможностями пациента. Здесь учитывалось, что как бы ни были высоки оперативные успехи, в случае развития у пациента одного из неблагоприятных вариантов

отношения к болезни они не могут быть им положительно оценены.



Сравнительный анализ результатов лечения в основной и контрольной группах

### Выводы

1. Наиболее благоприятным по психологическим особенностям является прогноз у пациентов с гармоничным и анозогнозическим типом личностного реагирования на болезнь. Тревожный тип среди больных хронической ринхопатией в нашем исследовании также отнесен к благоприятным типам.

2. Наиболее неблагоприятным для формирования успешной адаптации типом ВКБ при хронической ринхопатии, на наш взгляд, может быть эргопатический тип.

3. Проведенное исследование подтверждает целесообразность использования предложенной нами концепции в планировании мероприятий по медицинской реабилитации лиц с данной патологией.

1. Бабак С.Л. Дневная сонливость, нарушения сна и ночная дыхательная недостаточность в практике терапевта // *Consilium Medicum*. – 2006. – Т. 4, № 9.
2. Бузунов Р.В., Ерошина В.А., Легейда И.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: Учеб. пособие для врачей. – М., 2007. – 100 с.
3. Владыкина Е.В., Новицкая Н.В. Поэтапная медицинская реабилитация больных храпом и синдромом обструктивного апноэ во сне // I Международная конференция, посвящённая 10-летию Академии Медико-технических наук РФ «Современные аспекты реабилитации в медицине», 23-25 сентября 2003 г.: тез. конф. – Ереван, 2003. – С. 80.
4. Елизарова Л.Н. Лечение ринхопатии // *Вестн. оториноларингологии*. – 2006. – №1. – С. 35-38.
5. Иванченко Г.Ф., Владыкина Е.В. Медицинская реабилитация больных храпом и синдромом обструктивного апноэ во сне // *Рос. ринология*. – 2003. – №4(7). – С. 160-162.
6. Владыкина Е.В., Иванченко Г.Ф. Эффективность аргонплазменной электрохирургии в комплексном лечении пациентов с храпом и синдромом обструктивного апноэ сна // *Рос. ринология*. – 2005. – № 2. – С. 139.
7. Минин Ю.В., Кучеренко Т.И., Минина А.Ю. Клинико-фониатрическая оценка эффективности комбинированного лечения больных с храпом // *Вестн. оториноларингологии*. – 2005. – №1. – С. 13-17.

8. Пальчун В.Т., Гринчук В.Н., Елизарова Л.Н. Хроническая ринопатия – нозологическая форма в патологической реализации обструкции верхних дыхательных путей // Вестн. оториноларингологии. – 2005. - №4. - С. 4-8.
9. Полуектов М.Г. Сонное апноэ при неврологических нарушениях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2004. - Т.104, №3. - С. 4-7.
10. Ульянов Ю.П. Местные причины и следствия храпа // Международный мед. журн. - 1999, 1-2:108-10. (Uliyanov Y.P. Snoring when nasal respiration is saved. XVII World Congress of the Otorhinolaryngology, 2002, Cairo).
11. Ancoli-Israel, S. & Coy, T.V. Are breathing disturbances in elderly equivalent to sleep apnea syndrome? // Sleep, 1994. – 17. – p. 77–83.
12. Kryger M., Ross T., Dement W. Principles and Practice of Sleep Medicine / Philadelphia (Eds), 2005.- pp 547-575, 615-622, 714-746, 1297-1349.
13. Mathieson C.M., Stam H.J., Scott J.P. Psychosocial adjustment after laryngectomy: a review of the literature // J. Otolaryngol. - 1990, Oct. - 19 (5). - 331-6.

Поступила в редакцию 07.09.10.

© К.Г. Селезнёв, Д.М. Байрак, 2010