

А.І. РОЗКЛАДКА, Л.М. ВАКУЛЕНКО

РОЛЬ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКТОРУ В ПАТОГЕНЕЗІ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України»
(дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д.І. Заболотний)*

Актуальність проблеми психічного стану хворих з вестибулярною дисфункцією обумовлена значною поширеністю соматогеній і невротичних розладів, що розвиваються на фоні вестибулярних порушень, і необхідно мати певні знання в цій області при плануванні медико-психологічних заходів, направлених на профілактику захворювання та позитивну зміну психічного здоров'я пацієнтів [3, 5, 7, 9-15].

Враховуючи відсутність даних літератури про комплексне медико-психологічне обстеження цієї категорії хворих, ми поставили за мету нашої роботи визначення особливостей психічних станів у осіб з вестибулярною дисфункцією різного генезу та ролі психологічного фактору в патогенезі захворювання для удосконалення діагностико-реабілітаційного процесу і розробки заходів з оптимізації їх реабілітації і реадптації.

Під нашим спостереженням знаходилося 85 пацієнтів віком від 18 до 68 років з вестибулярною дисфункцією різного генезу і давністю захворювання від 1 міс до 40 років, що мали різний ступінь ураження вестибулярного аналізатора. Комплексне клініко-функціональне та експериментально-психологічне обстеження проводилось на базі ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України» в 2008-2010 рр.

Для реалізації мети і поставлених в роботі задач у всіх хворих виконано клінічне обстеження з оцінкою слухової, вестибулярної і психічної функцій. Вестибулярна дисфункція визначалася при вестибулометричному дослідженні за загальноприйнятою схемою. Ступінь зниження слуху оцінював-

ся за класифікацією В.Г. Базарова та А.І. Розкладки [1].

Експериментально-психологічне обстеження для визначення особливостей психічних станів і виявлення порушення психічної діяльності здійснювалося в 3 групах осіб з вестибулярною дисфункцією, в залежності від генезу, методами медичної психології [8]. В психологічне обстеження включалась клінічна бесіда, психологічне індивідуальне інтерв'ю, збір клінічного анамнезу, клінічне спостереження за невербальними проявами психічної діяльності. При проведенні психодіагностування застосовувався комплекс стандартних шкал і опитувальників: методика дослідження пам'яті, шкала «САН», опитувальник Айзенка (1998); опитувальник Спілбергера-Ханіна, шкала депресії Зунге. Клінічне спостереження і використані психодіагностичні тести дозволяли провести експресдіагностику психічного стану, стану нервової системи за психомоторними показниками, порушення уваги, мислення, пам'яті, самопочуття, активності, настрою та визначити відношення пацієнта до хвороби, а також оцінити рівень нейротизму і тип патопсихологічного синдрому, виявити найбільш інформативні показники для оцінки психофізіологічного і особистісного реабілітаційного потенціалу обстежуваного та обґрунтувати програму адекватних психокорекційних і реабілітаційних заходів.

В залежності від генезу вестибулярної дисфункції (ВД) всі обстежувані були розподілені на 3 групи. Першу групу (1-а) склали 35 осіб з ВД судинного генезу, до 2-ї групи віднесено 35 хворих після закритої

черепно-мозкової травми (ЧМТ), до 3-ї – 15 із захворюванням ятрогенного генезу.

З 35 пацієнтів 1-ї групи 33 (94 %) мали вестибулярні порушення, які проявлялися запамороченням, качанням, провалюванням і хитанням при ході, закачуванням у транспорті, частою зміною артеріального тиску, періодичним головним болем, порушеннями слуху, підвищеною пітливістю та частою нудотою.

Розлади вестибулярної функції в основному були виражені порушенням статички і спонтанного ністагма, відмічалися динамічні, рідше статичні координаторні розлади.

На фоні вестибулярних порушень у обстежуваних 1-ї групи були виявлені певні особливості психічних станів, переважно невротичного характеру, які інколи ускладнювалися поведінковими розладами. Майже у половини хворих (15-42,9 %) спостерігалися порушення пам'яті, уваги та зниження самооцінки. 34 пацієнти відмічали погане самопочуття і настрої, низьку активність, відчуття неповноцінності. Вони скаржилися на високу втомлюваність, слабкість, часто виявляли невдоволення своєю роботою. У клінічній симптоматиці захворювання мали місце симптоми астено-субдепресивних і тривожно-вегетативних розладів. Проте психічні стани цих хворих не являлись психопатологічними розладами і відносилися до дезадаптивних психічних станів, що формувалися на фоні вестибулярних і судинних порушень, та залежали від тяжкості перебігу захворювання.

У 35 осіб 2-ї групи після закритої ЧМТ на фоні вестибулярних порушень були скарги на зниження слуху, у 24 (68,6 %) – шум в голові, у 30 (85,7 %) – головний біль, що в основному мав періодичний характер, локалізація відповідає місцю колишньої травми. Закачування у транспорті відмічали 10 (28,6 %) пацієнтів, стан, близький до втрати свідомості, – 11 (31,4 %).

У 21 (60 %) обстежуваного головні болі з'явилися відразу після травми, а у 14 (40 %) – у період від 5 міс до 3 років. Порушення чутливості шкіри спостерігалось у 3 %, а тремор кінцівок – у 80 % хворих, зниження артеріального тиску – у 57 %. Усі пацієнти скаржилися на періодичне запаморо-

чення, яке проявлялося також відчуттям провалювання і втратою рівноваги при ході. Хворі 2-ї групи відмічали зниження пам'яті, уваги, часті нервові зриви і зміну настрою.

Розлади вестибулярної функції у осіб 2-ї групи були також індивідуальними, ністагм мав місце лише у 5 (14 %), а зміна рефлекторної сфери – у 2, що становило 5 %. В цій групі переважали синдроми дисоціації та гіперрефлексії вестибулярних реакцій, що свідчить про наявність ураження периферичного і центрального відділів вестибулярного аналізатора.

За результатами експериментально-психологічного обстеження в гострому періоді у цих пацієнтів діагностовано психічний стан невротизації та психоемоційні розлади. Переважала агресія різного ступеня збудливості, страх і драгівливість, спостерігалася швидка психофізична стомлюваність, а також неадекватні реакції відношення пацієнтів до хвороби і до проведення терапевтичного процесу.

У хворих з вестибулярною дисфункцією після ЧМТ більш пізнього періоду відмічалось переважно перебільшення ними тяжкості хвороби, агресія, ригідність, фрустрованість, хронічна психофізична втома. Спостерігалися вегетативні порушення у вигляді хвилювання, підвищеної пітливості, різких скачків зміни настрою, що виражались станом запальності, періодичними нападами агресії, апатії та ін.

У 15 осіб 3-ї групи були скарги на зниження слуху, запаморочення періодичного характеру у вигляді провалювання та шаткості при ході. Вегетативні порушення проявлялися періодичним головним болем, постійним відчуттям слабкості, страху і тривоги, пітливістю, тремором кінцівок, низькою працездатністю, лабільним настроєм та невпевненістю.

При вестибулометрії отримано дані, які вказували на вестибулярні порушення, пов'язані з асиметрією збудливості лабіринтів, що свідчить про переваження периферичних вестибулярних порушень.

В результаті психодіагностичного дослідження у пацієнтів 3-ї групи був виявлений психічний стан панічного страху і тривожності, що змінювався на гнів, агресію і депресивні реакції. Хворі часто ображались

і були розгубленими, спостерігалися стани примхливості та істерії, які могли привести до виникнення запаморочення невротичного генезу та дезадаптації особистості в суспільстві. Отже, у хворих цієї групи в клінічній симптоматиці захворювання переважало коливання емоційного стану (емоційно нестійкі розлади особистості), яке проявлялося у 13 (86,7 %) з них порушенням слуху та виявленням поведінкових розладів в недооцінці хвороби, відмові від певних діагностичних заходів і лікування в стаціонарі.

Таким чином, виконана нами робота дозволяє стверджувати, що у переважній більшості обстежуваних з вестибулярною дисфункцією різного генезу формуються певні особливості психічного стану.

Отримані дані свідчать про те, що психічний стан осіб з вестибулярною дисфункцією обумовлений як соматогенними

порушеннями, так і невротичними розладами особистості, і вказують на важливість психічного стану та психологічного фактору в патогенезі цього захворювання. Психічний стан, що проявляється у пацієнтів на фоні вестибулярної дисфункції, призводить до переходу її у хронічний процес і рецидивів вестибулярних розладів. Це необхідно враховувати при діагностико-реабілітаційному процесі, розробці заходів з оптимізації реабілітації і реадaptaції таких хворих та плануванні медико-психологічних заходів, спрямованих на профілактику захворювання і позитивну зміну психічного здоров'я пацієнтів. Тому загальні принципи корекції вестибулярних порушень повинні бути направлені як на усунення основного захворювання, що є причиною вестибулярної дисфункції, так і на психокорекцію соматогенних станів.

1. Базаров В.Г., Розкладка А.И. Оценка нарушения слуха при различных формах тугоухости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №3. – С. 28-33.
2. Голубев В.Л. Головокружение // Леч. нервн. бол. 2003; 2: 3-9.
3. Заболотний Д.І., Кіцера О.Ом., Кіцера О. Ол. Вушні шуми. – К.: Логос, 2009. – 67 с.
4. Іпатов А.В., Заболотний Д.І., Кліменко Д.І. Розкладка А.І. та співав. Формування індивідуальної програми реабілітації та адаптації при професійних захворюваннях і наслідках виробничих травм органа слуху та вестибулярного апарата. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 155 с.
5. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навчальний посібник. – Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка АПН України; Ніжин: Міланік, 2007. – 115 с.
6. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 6 жовтня 2005 р. // Урядовий кур'єр. – 09.11.2005. – № 213.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – 672 с.
8. Рахманов В.М., Клименко Д.И., Рахманов Р.В. Методика психофизической и психофизиологической реабилитации с сенсоневральными нарушениями слуха. Днепропетровск: РИА «Днепр-VAL», 2009. – 52 с.
9. Терміни і поняття у медико-соціальної експертизі. Випуск 1 / Під ред.: А.В. Іпатов, О.В. Сергієні, Т.Г. Вовчак та ін. – Дніпропетровськ: Укр. Держ. НДІ МСПІ, 2001. – 91 с.
10. Best C., Eckhardt-Henn A., Diener G. et al. interaction of somatoform and vestibular disorders // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. - 2006; 77:658-64.
11. Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F. et al. Headache types and panic disorder directionality and specificity // Neurology. - 2001; 56:350-4.
12. Eckhardt-Henn A., Dieterich M., Psychiatric disorders in otoneurology patients // Neurology Clin. - 2005; 23: 731-49.
13. Godemann F., Koffroth C., Neu P., Heuser I. Who does vertigo become chronic after neuropathia vestibularis // Psychosom. Med. - 2004; 66: 783-7.
14. Lorez Ibor J.J. Masked depressions // Br. J. Psychiatry. - 1972; 120: 245-58.
15. Yardley L., Redfern M.C. Psychological factors influencing recovery from balance disorders // Anxiety Disorders. – 2001; 15:107-19.

Надійшла до редакції 18.03.10.

РОЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА В ПАТОГЕНЕЗЕ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Розкладка А.И., Вакуленко Л.Н. (Киев)

Резюме

Проведено клиническое и экспериментально-психологическое обследование 85 лиц с вестибулярной дисфункцией разного генеза. У всех больных выявлены определенные особенности психического состояния и нарушения психологической деятельности, которые существенно влияли на течение заболевания и жизнедеятельность обследуемых. Полученные данные свидетельствуют о том, что нарушения психики и психическое состояние пациентов с вестибулярной дисфункцией обусловлены как соматогениями, так и невротическими расстройствами их личности и указывают на важность психического состояния и психологического фактора в патогенезе вестибулярной дисфункции. Психические состояния, которые проявляются у больных на фоне вестибулярной дисфункции, приводят к переходу последней в хронический процесс и рецидивам вестибулярных расстройств. Это необходимо учитывать при оптимизации диагностико-реабилитационных процессов и разработке мероприятий по реабилитации и реадaptации таких пациентов, а также при планировании медико-психологических мероприятий, направленных на профилактику заболевания и положительное изменение психического здоровья больных. Поэтому общими принципами коррекции вестибулярных нарушений должно являться как устранение основного заболевания, что является причиной вестибулярной дисфункции, так и психокоррекция соматогенных состояний.

ROLE OF PSYCHOLOGICAL FACTORS IN THE PATHOGENESIS OF VESTIBULAR DYSFUNCTION

Rozkladka AI, Vakulenko, LN (Kiev)

Summary

The clinical and experimental-psychological examination of 85 persons with vestibular dysfunction of different genesis. All patients had some features of mental states and violation of psychological activities, which significantly influenced the course of the disease and livelihoods survey. The findings suggest that mental disorders and mental condition of patients with vestibular dysfunction caused both *somageniyami* and neurotic disorders of personality and highlight the importance of mental health and psychological factors in the pathogenesis of vestibular dysfunction. Mental condition that manifests itself in patients on a background of vestibular dysfunction, lead to a change in the final process of chronic and recurrent vestibular disorders. This should be considered in the optimization of diagnostic and rehabilitation processes and to develop measures for rehabilitation and reintegration of these patients, as well as the planning of medical and psychological interventions aimed at preventing disease and a positive change in mental health patients. Therefore, the general principles of correction of vestibular disorders should be as the removal of the underlying disease that is the cause of vestibular dysfunction, and psychocorrection somatogenic states.