*Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, В.І. ЛУЦЕНКО, І.А. БЄЛЯКОВА, Т.Ю. ХОЛОДЕНКО,
П.В. ВІННИЧУК, Н.М. ГРАДЬОК, Т.О. ШЕВЧЕНКО*

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО ВИНИКЛИ В УМОВАХ СТРЕСУ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д. І. Заболотний)*

Запаморочення відноситься до найпоширеніших симптомів у медичній практиці та належить до 10 найбільш частих причин звернення пацієнтів до невролога [1]. Ця проблема щороку виникає в значної частини дорослого населення – приблизно від 15 до понад 20% (дані отримано у великих популяційних дослідженнях) [2]. Протягом усього життя поширеність запаморочення у дорослих складає від 17 до 30% [3].

Цей симптом не є специфічним і може бути спричинений багатьма захворюваннями [4, 5]. Найбільш частими причинами запаморочення є периферичні вестибулярні розлади. Епідеміологічні дослідження вказують на те, що патологія центральних відділів спостерігається майже в четвертій частини пацієнтів із запамороченнями [6]. Виділяють такі причини запаморочення центрального генезу: порушення мозкового кровообігу, пов'язані з вертебробазиллярним кровообігом, мігрень, розсіяний склероз, пухлини мозку, нейродегенеративні розлади, діабетична нейропатія, черепно-мозкові травми, шийний остеохондроз, менінгіт, деякі медичні препарати, психічні розлади (включаючи депресію і тривожність) та інші [6-8]. Значний вплив останнього фактора на функціонування вестибулярного апарату призвів до появи терміну «психогенні запаморочення» [9-11]. Важливо враховувати, що у пацієнтів із запамороченнями іншого генезу наявність супутніх тривоги і депресії, зазвичай, значно ускладнюють процес та збільшують тривалість вестибулярної реабілітації [12].

Проблема психоемоційного стресу в останні десятиліття набуває все більшої актуальності в світі. Крім тиску часу і щоденних клопотів на роботі та вдома, існують стресові фактори, пов'язані з економічною незахищеністю, поганим здоров'ям, міжособистісними конфліктами та іншими негараздами [13]. Пандемія COVID-19, яка була оголошена ВООЗ у 2020 році, суттєво поглибила цю проблему [14]. Карантин, соціальне дистанціювання і соціальна ізоляція мають негативний вплив на психічне здоров'я населення [15]. Численні дослідження свідчать про те, що найбільше від психоемоційного стресу страждають особи працездатного віку [16, 17].

В отоларингології, як і в багатьох інших медичних галузях, широко застосовуються різноманітні шкали, які дозволяють надійно і швидко оцінити якість життя пацієнтів, ефективність лікування та багато інших показників. Саме тому відбір шкал і проведення анкетування у осіб із запамороченнями, що виникли в умовах хронічного стресу, є актуальним завданням.

Мета роботи – підвищення ефективності діагностики та лікування кохлео-вестибулярних розладів, що виникли в умовах стресу та розробка заходів реабілітації.

Матеріали та методи досліджень

Нами було проведено статистичний аналіз звернень пацієнтів із запамороченнями в поліклінічне відділення Державної установи «Інститут отоларингології ім.

проф. О.С. Коломійченка Національної академії медичних наук України» та їх обстеження в Лабораторії клінічної аудіології та вестибулології за період з 2017 до 2019 рр.

Було обстежено 7394 дорослі пацієнти, які звертались до ДУ «Ін-т отоларингології НАМН» зі скаргами на запаморочення в період з 2017 до 2019 рр. У 6548 з 7394 пацієнтів було виявлено різні причини, які сприяли виникненню запаморочення. У 846 пацієнтів визначити причину, яка викликала запаморочення, не вдалося, тобто причина була невідомою (табл. 1).

Нормальну вестибулярну збудливість було виявлено у 92 обстежених (1,2 %).

За висновками спеціалістів (терапевтів, гастроентерологів, невропатологів), у відібраній категорії пацієнтів (846 пацієнтів), патології з боку внутрішніх органів (шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної системи), нервової системи не було виявлено. За даними ультразвукової доплерографії визначали несуттєві зміни стану судин головного мозку. За даними МРТ – патології головного мозку не виявлено.

Таблиця 1

Причини, які сприяли виникненню запаморочення

Причини виникнення запаморочення											
ЧМТ (учасники АТО і ООС)	ЧМТ (Афганістан)	Судинні захворювання	НСПГ	Хвороба Мен'єра	Хронічний гнійний отит	ЧМТ	ДППГ	Пухлини мозку	Отосклероз	Інфекційні захворювання	Невідомі причини
к-ть обстежених (абс., %)											
1269 17,2 %	1637 22,1 %	1906 25,8%	347 4,7 %	277 3,8 %	153 2,1 %	334 4,5 %	224 3,0 %	146 2,0 %	45 0,6%	118 1,6 %	846 11,4%
Всього 7394 хворих											

Для визначення та оцінки психоемоційного стану 325 пацієнтам з 846 було проведено тестування з використанням низки методик і опитувальників. Були відібрані найбільш інформативні, зрозумілі для пацієнтів, які не потребували значної затрати часу при заповненні бланків, і в цих анкетах відсутні перехресні запитання. Із 325 осіб нами були відібрані та обстежені 95 пацієнтів з різним ступенем вираженості стресу (на основі оцінювання в балах). В процесі роботи були відібрані люди віком від 18 до 59 років, серед них 28 (29,5 %) чоловіків та 67 (70,5 %) жінок зі скаргами на запаморочення у вигляді провалювання, обертання, хитання, головний біль, слабкість, підвищену втомлюваність, погіршення пам'яті, сну, підвищену дратливість, збудження, прискорення пульсу, дихання, неможливість зосередитися на повсякденних справах. На закладення в вухах, шум у вухах скаржились

52 пацієнти, на зниження слуху – 35 чоловік. При зборі анамнезу пацієнти повідомляли, що емоційне напруження тривало в них протягом одного року.

Отже, попередній відбір хворих включав збір анамнезу, огляд ЛОР-органів, консультації спеціалістів вузького профілю, комплексної оцінки ступеня стресу, якості життя, рівня тривоги і депресії, соціальної адаптації.

Пацієнтам були проведені такі дослідження: аудіометрія у повному обсязі, тести на слухову адаптацію, тести на виявлення центральних слухових розладів, імпедансометрія, коротколатентні слухові викликані потенціали (КСВП), вестибулометрія.

Також було обстежено 20 осіб контрольної групи віком від 19 до 33 років, які не скаржились на запаморочення і не вказували на наявність значного стресу протягом останнього року, який негативно

вплинув на якість життя. В контрольній групі було 10 чоловіків (50 %) і 10 жінок (50 %).

Для проведення анкетування нами було використано низку валідизованих шкал, а саме: опитувальник «Комплексна оцінка стресу» (автор Щербатих Ю.В.) [18], Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) [19], шкалу оцінки якості життя (автор Чабан О.С.) [20] та шкалу соціальної адаптації Холмса і Рейха [21].

Анкети надавались пацієнтам для самостійного заповнення в присутності дослідника. Попередньо проводився інструктаж, а також консультування в ході заповнення анкет для роз'яснення незрозумілих пунктів чи запитань.

За допомогою опитувальника «Комплексна оцінка стресу» оцінювався ступінь вираженості стресу. Максимальна кількість балів – 66. Для інтерпретації результатів опитувальника автором виділено 5 ступенів вираженості стресу:

- а) 0-5 балів – відсутність значимого стресу в житті людини на даний момент;
- б) 5,5-9,5 балів – помірний стрес;
- в) 10-23,5 балів – достатньо виражене напруження емоційних і фізіологічних систем, яке не вдалося компенсувати;
- г) 24-40 балів – стан сильного стресу;
- д) 41,5 і більше балів – виснаження адаптаційних сил організму.

В останніх двох випадках автор вказує на те, що для успішного подолання стресу потрібна консультація психолога або психотерапевта, а в третьому випадку потрібно застосувати спеціальні методи подолання стресу.

Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS) було використано для дослідження психоемоційного стану пацієнтів. Шкала складається з 14 тверджень і включає дві частини: тривога (І частина) і депресія (ІІ частина). Кожна частина оцінюється окремо. Максимальна кількість балів – по 21 в кожній частині. Для інтерпретації результатів шкали авторами виділено 3 стани:

- а) 0-7 балів – норма;
- б) 8-10 балів – субклінічно виражена тривога або депресія;
- в) 11 і більше балів – клінічно виражена тривога або депресія.

Якщо було отримано результат 8 балів і більше хоча б по одній частині шкали – автори рекомендують консультацію психолога або психотерапевта.

Шкала оцінки якості життя (автор – О.С. Чабан) дозволяє оцінити 10 основних категорій, включаючи задоволеність життям в цілому за 10-бальною шкалою.

Шкала соціальної адаптації Холмса і Рейха відображає кількість стресогенів за останній рік. Максимальна кількість балів – 1460. Для інтерпретації результатів шкали авторами виділено 3 рівні стресу:

- а) 0-150 балів – низький рівень стресу;
- б) 150-300 балів – середній рівень стресу;
- в) 300 і більше балів – високий рівень стресу.

В останньому випадку автори рекомендують консультацію психолога або психотерапевта.

Попередній аналіз отриманих результатів показав, що вибірка не підлягає нормальному розподілу, тому дані після статистичної обробки представлені як медіана (Me) та інтерквартильний розмах (75% Q - 25% Q). Для порівняння двох незалежних сукупностей був використаний непараметричний тест – Mann-Whitney U-test. Різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$. Статистична обробка отриманих даних проводилась з використанням програм Microsoft Excel і Stat Soft Statistica 10.0.

Результати і обговорення

Усіх пацієнтів було поділено на 3 групи в залежності від ступеню вираженості стресу. Розподіл досліджуваних було проведено на основі результатів анкетування за опитувальником «Комплексна оцінка стресу» (автор Щербатих Ю.В.). До 1-ї групи увійшов 21 пацієнт (22,1 %) з помірним стресом, до 2-ї групи – 35 (36,8 %) з достатньо вираженим стресом і 3-ю групу склали 39 осіб (41,1 %) в стані сильного стресу (причому 10 з них на межі виснаження адаптаційних сил організму).

За опитувальником «Комплексна оцінка стресу» нами було отримано такі результати: в усіх досліджуваних контрольної групи кількість балів не перевищувала 4,5 і в середньому становила 4 (3,0-4,5), що свід-

чить про відсутність значимого стресу в житті цих людей на момент дослідження. Результати анкетування за цим опитувальником у групі осіб працездатного віку, що перебували в умовах надмірної психоемоційної напруги, дозволили підтвердити у них наявність вираженого в різному ступені стресу. Середні показники, отримані при анкетуванні за опитувальником «Комплексна оцінка стресу», в 1-й групі становили 9 (7,0-10,5) балів, в 2-й групі – 17,5 (14,5-21,0) балів і в 3-й групі – 34 (28,0-41,5). Більш наочно ці дані представлені у вигляді діаграми (рис. 1).

За Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) в контрольній групі в кожному випадку встановлено норму. В категорії тривога кількість балів була вищою, але не перевищувала 7 і становила 5,5 (4,0-6,0), в категорії депресія кількість балів не перевищувала 5 і в середньому становила 1,5 (1,0-3,0).

Результати анкетування за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) у

осіб працездатного віку, які перебували в умовах стресу представлено в табл. 2 і 3.

Рис. 1. Середні показники в балах за результатами анкетування з використанням опитувальника «Комплексна оцінка стресу» (автор Ю.В. Щербатих).

Таблиця 2

Кількість осіб в різних підгрупах з різним рівнем тривоги та депресії за даними Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS), абсолютні (відносні, %) величини

Групи	Тривога, абс. (%)			Депресія, абс. (%)		
	норма	субклінічно виражена тривога	клінічно виражена тривога	норма	субклінічно виражена тривога	клінічно виражена тривога
Контрольна (n=10)	10 (100)	0 (0)	0 (0)	10 (100)	0 (0)	0 (0)
1-а (n=21)	12 (57,1)*	6 (28,6)*	3 (14,3)*	18 (85,7)	3 (14,3)	0 (0)
2-а (n=35)	10 (28,6) *	8 (22,8) *	17 (48,6) *	22 (62,9)	8 (22,8)	5 (14,3)
3-я (n=39)	2 (5,1) *	4 (10,2) *	33 (84,7) *	14 (35,9) *	18 (46,2) *	7 (17,9) *

Примітка: * – статистично достовірна різниця в порівнянні з контрольною групою ($P < 0,05$).

При аналізі даних таблиці звертає на себе увагу той факт, що кількість обстежених з клінічно вираженими як тривогою, так і депресією збільшувалась прямо пропорційно зі збільшенням вираженості ступеню стресу. Депресія у осіб працездатного віку,

які перебували в умовах стресу, виражена в меншій мірі, ніж тривога. В 1-й групі в більше ніж половини обстежених за субшкалою тривоги встановлено норму; в жодного з пацієнтів не виявлено клінічно вираженої депресії і лише у 3 (14,3 %) виявлено субк-

лінічно виражену депресію. В 2-й групі тривожний компонент є більш вираженим з переважанням клінічно вираженої тривоги; депресію встановлено у 37,1 % з переважанням субклінічно вираженої депресії. В 3-й групі за субшкалою тривоги норму встановлено лише у 2 осіб (5,1 %), причому у більшості пацієнтів переважала клінічно

виражена тривога. За субшкалою депресії близько третини пацієнтів мають нормальні показники і майже в половини обстежених встановлено субклінічно виражену депресію. Середні показники рівня тривоги та депресії в балах відображені в табл. 3 окремо в групах з різним ступенем вираженості стресу.

Таблиця 3

Середні показники рівня тривоги та депресії в групах з різним ступенем вираженості стресу за даними Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS)

Групи обстежених	Середні показники рівня тривоги, бали	Середні показники рівня депресії, бали
Контрольна (n=10)	5,5 (6 – 4)	1,5 (3 – 1)
1-а (n=21)	7 (10 – 6)*	4 (7 – 2)*
2-а (n=35)	10 (13 – 7)*	7 (9 – 4)*
3-я (n=39)	14 (15 – 11)*	9 (10 – 6)*

Примітки:

- 1) * – середній показник достовірно відрізняється в порівнянні з контрольною групою ($P < 0,05$);
- 2) в дужках вказано межі коливань показника.

Отже, найвищі середні показники як тривоги, так і депресії відмічалися в групі осіб, що знаходились в стані сильного стресу, причому тривожний компонент був більш вираженим. Не зважаючи на те, що прояви депресії виявлено менше ніж у половини хворих, вважаємо за необхідне обов'язково проводити анкетування в даному напрямку, оскільки хронічний стрес часто призводить до появи депресії, яка супроводжується зниженням працездатності. Прояви депресії та професійне вигорання є актуальною проблемою в багатьох економічно розвинутих країнах.

За шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха в усіх 20 осіб контрольної групи було виявлено низький рівень стресу. Кількість балів в жодному з випадків не перевищувала 150 і в середньому становила 109 (137-60). Результати анкетування за Шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха представлено в табл. 4-5.

За Шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха у більшості випадків (57 пацієнтів) відмічався низький рівень стресу, у 31 особи відмічався середній рівень стресу і лише у 7 – високий.

За результатами тестування за Шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха спостерігається тенденція до зростання кількості стресогенів за останній рік по групах зі збільшенням ступеня вираженості стресу у обстежених осіб, проте статистично достовірна відмінність в порівнянні з контрольною групою відмічається лише у обстежених 3-ї групи. Враховуючи вищезазначене, вважаємо, що дана шкала є недостатньо інформативною і її можна виключити з переліку необхідних опитувальників при анкетуванні осіб працездатного віку зі скаргами на запаморочення, що виникли в умовах стресу.

Результати оцінки якості життя за шкалою О.С. Чабана представлено в табл. 6.

Таблиця 4

Кількість осіб працездатного віку в різних підгрупах з різним рівнем соціальної адаптації, що перебували в умовах стресу, за даними Шкали соціальної адаптації Холмса і Рейха, абсолютні (відносні, %) величини

Групи обстежених	Рівень соціальної адаптації, абс (%)		
	Низький рівень стресу	Середній рівень стресу	Високий рівень стресу
Контрольна (n=10)	10 (100)	0 (0)	0 (0)
1-а (n=21)	18 (85,7)	3 (14,3)	0 (0)
2-а (n=35)	22 (62,9)	10 (28,6)	3 (8,5)
3-я (n=39)	17 (43,6)	18 (46,2)	4 (10,2)

Примітка: статистично достовірної різниці в порівнянні з контрольною групою не відмічається в жодній з груп ($P < 0,05$).

Таблиця 5

Середні показники рівня соціальної адаптації в групах з різним ступенем вираженості стресу у осіб працездатного віку, що перебували в умовах стресу, за даними Шкали соціальної адаптації Холмса і Рейха

Групи пацієнтів	Середні показники рівня соціальної адаптації, бали
Контрольна (n=10)	109 (137 – 60)
1-а (n=21)	114 (139 – 80)
2-а (n=35)	117 (198 – 82)
3-я (n=39)	164 (223 – 125) *

Примітки:

- 1) * – середній показник достовірно відрізняється в порівнянні з контрольною групою ($P < 0,05$);
- 2) в дужках вказано межі коливань показника.

Таблиця 6

Середні показники якості життя в різних категоріях за шкалою О.С. Чабана в контрольній групі та групах осіб працездатного віку, що перебували в умовах стресу

Групи	Категорії, за якими оцінювалась якість життя									
	Фізичний стан	Настрій	Вільний час	Любов	Повсякденна активність	Соціальна активність	Фінансове благополуччя	Умови проживання	Робота, навчання	Загальна задоволеність життям
Контрольна (n=10)	Середні показники, бали									
	8 (10-8)	9 (10-9)	8 (9-7)	9,5 (10-9)	8,5 (9-8)	9,5 (10-9)	7 (8-7)	8 (9-8)	9 (10-8)	9,5 (10-9)
1-а (n=21)	5 (8-3)*	7 (8-7)	5 (8-4)*	5 (8-3)*	7 (8-5)*	7 (9-6)*	6 (8-4)	8 (10-6)	7 (8-5)*	7 (9-6)*
2-а (n=35)	4 (5-2)*	6 (5-3)*	4 (6-3)*	4 (7-2)*	5 (7-3)*	5 (9-4)*	5 (7-4)*	7 (9-5)	6 (7-5)*	5 (7-4)*
3-я (n=39)	3 (5-1)*	3 (5-2)*	4 (6-3)*	3 (5-2)*	5 (6-3)*	5 (7-3)*	5 (6-2)*	7 (9-5)	5 (6-3)*	5 (7-3)*

Примітка: * – статистично достовірна різниця в порівнянні з контрольною групою ($P < 0,05$).

У восьми категоріях показники якості життя знижувались обернено пропорційно до підвищення ступеня вираженості стресу. Найкращі показники було отримано в категорії задоволеності умовами проживання, причому ці показники мали тенденцію до зниження з підвищенням ступеня вираженості стресу, але статистично достовірно не відрізнялись від показників контрольної групи. Найгірші показники – в категоріях задоволеності фізичним станом і любов'ю. В категорії фінансове благополуччя у осіб з помірним стресом показники якості життя не мають статистично достовірної відмінності з контрольною групою.

Висновки

У 36,8 % досліджуваних встановлено достатньо виражене напруження емоційних і фізіологічних систем, у 41,1 % – стан сильного стресу і в 10,5 % – виснаження адаптаційних сил організму.

За даними Госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS) у 18 (18,9 %) осіб було виявлено субклінічно виражену тривогу і у 53 (55,8 %) – клінічно виражену; у 29 (30,5 %) обстежених було зафіксовано субклінічно виражену депресію і у 12 (12,6 %) – клінічно виражену. Рівні тривоги та депресії зростали зі збільшенням ступеня вираженості стресу, причому тривожний компонент був більш вираженим. За Шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха у 57 (60 %) пацієнтів відмічався низький рівень стресу, у 31 (32,6 %) – середній і у 7 (7,4 %) – високий.

Рівень якості життя в групі осіб з помірним стресом був зниженим в 4 категоріях від 5 до 6 балів, причому лише в 3 категоріях цей показник статистично відрізняється від контрольної групи. В групах з достатньо вираженим і сильним стресом спостерігається статистично достовірно зниження якості життя в 9 категоріях, за виключенням задоволеності умовами проживання (в 2-й групі показники коливались від 4 до 6 балів, а в 3-й – від 3 до 5 балів). Показники якості життя знижувались у 8 категоріях відповідно до підвищення ступеня вираженості стресу.

Пацієнтам із запамороченнями, що виникли в умовах стресу, необхідно проводити анкетування за допомогою валідизованих шкал: опитувальник «Комплексна оцінка стресу» (автор Ю.В. Щербатих), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та шкала оцінки якості життя (автор О.С. Чабан). Застосування інших шкал для визначення психоемоційного стану та рівня якості життя таких пацієнтів є предметом подальших досліджень.

За даними використаних опитувальників від 7,4 (Шкала соціальної адаптації Холмса і Рейха) до 78,9 % (Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)) осіб працездатного віку, що перебували в умовах стресу, окрім отоларингологічного лікування, потребують консультації медичного психолога. Ці заходи дадуть можливість прискорити лікувальний процес і покращити якість життя пацієнтів.

Література

1. Neuhauser HK. Epidemiology of dizziness and vertigo. *Nervenarzt*. 2009;80(8):887-94. doi: 10.1007/s00115-009-2738-9.
2. Neuhauser HK. The epidemiology of dizziness and vertigo. *Handb Clin Neurol*. 2016;137:67-82. doi: 10.1016/B978-0-444-63437-5.00005-4.
3. Mordin L, Schilder AGM. Epidemiology of balance symptoms and disorders in the community: a systematic review. *Otol Neurotol*. 2015;36(3):387-92. doi: 10.1097/MAO.0000000000000691.
4. Chan Y. Differential diagnosis of dizziness. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;17(3):200-3. doi: 10.1097/MOO.0b013e32832b2594.
5. Wiperman J. Dizziness and vertigo. *Prim Care*. 2014;41(1):115-31. doi: 10.1016/j.pop.2013.10.004.
6. Karatas M. Central vertigo and dizziness: epidemiology, differential diagnosis, and common causes. *Neurologist*. 2008;14(6):355-64. doi: 10.1097/NRL.0b013e31817533a3.

7. Post RE, Dickerson LM. Dizziness: a diagnostic approach. *Am Fam Physician*. 2010;82(4):361-8.
8. Bazarov VG. [Clinical vestibulometry]. Kyiv: Zdorovia; 1988. 200 p. [In Russian].
9. Dieterich M, Staab JP, Brandt T. Functional (psychogenic) dizziness. *Handb Clin Neurol*. 2016;139:447-68. doi: 10.1016/B978-0-12-801772-2.00037-0.
10. Popkrov S, Staab JP, Stone J. Persistent postural-perceptual dizziness (PPPD): a common, characteristic and treatable cause of chronic dizziness. *Pract Neurol*. 2018;18(1):5-13. doi: 10.1136/practneurol-2017-001809.
11. Kelm Z, Klapchar K, Kieliszkak CR, Selinsky C. Psychogenic Dizziness: An Important but Overlooked Differential Diagnosis in the Work up of the Dizzy Patient. *J Am Osteopath Assoc*. 2018;118(5):e22-e27. doi: 10.7556/jaoa.2018.066.
12. Roh KJ, Kim MK, Kim JH, Son EJ. Role of Emotional Distress in Prolongation of Dizziness: A Cross-Sectional Study. *J Audiol Otol*. 2017;22(1):6-12. doi: 10.7874/jao.2017.00290.
13. McEwen BS. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci*. 2006;8(4):367-81. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen.
14. Park CL, Russell BS, Fendrich M, Finkelstein-Fox L, Hutchison M, Becker J. Americans' COVID-19 Stress, Coping, and Adherence to CDC Guidelines. *J Gen Intern Med*. 2020;35(8):2296-2303. doi: 10.1007/s11606-020-05898-9.
15. Yurieva LM, Shusterman TI. [COVID-19 Pandemic: Risks to Psychological Wellbeing and Mental Health]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2020;28(2):5-10. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020-1>. [Article in Ukrainian].
16. Stone AA, Schneider S, Broderick JE. Psychological stress declines rapidly from age 50 in the United States: Yet another well-being paradox. *J Psychosom Res*. 2017;103:22-8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2017.09.016.
17. Sahu GK, Upadhyay S, Panna SM. Salivary alphaamylase activity in human beings of different age groups subjected to psychological stress. *Indian J Clin Biochem*. 2014;29(4):485-90. doi: 10.1007/s12291-013-0388-y.
18. Shcherbatykh YuV. [Psychology of stress and methods of correction]. St. Petersburg: Piter; 2006. 256 p. [In Russian].
19. Agaev NA, Kokun OM, Pishko IA, Lozinskaya NS, Ostapchuk VV, Tkachenko VV. [Collection of techniques for diagnosing negative mental states of servicemen]: Methodological guide. Kyiv: Scientific Research Center for Humanitarian Problems of the Armed Forces of Ukraine; 2016. 234 p. [In Ukrainian].
20. Chaban OS, Khaustova OO, Bessheyko VG, Moskalenko OV. [Validation of the "Scale for assessing the quality of life"]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii*. 2017;25(1):159-60. [Article in Ukrainian].
21. Holmes TH, Rahe RH. The Social Readjustment Rating Scale *J Psychosom Res*. 1967;11(2):213-8. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4.

Надійшла до редакції 24.03.2021

© Д.І. Заболотний, В.І. Луценко, І.А. Белякова, Т.Ю. Холоденко, П.В. Вінничук, Н.М. Градюк, Т.О. Шевченко, 2021

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З КОХЛЕО-ВЕСТИБУЛЯРНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО ВИНИКЛИ В УМОВАХ СТРЕСУ

*Заболотний ДІ, Луценко ВІ, Белякова ІА, Холоденко ТЮ, Вінничук ПВ, Градюк НМ, Шевченко ТО
ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
E-mail: amtc@kndio.kiev.ua*

А н о т а ц і я

Актуальність: Запаморочення – один із найпоширеніших симптомів у медичній практиці. Цей симптом може бути спричинений багатьма захворюваннями. Одним із факторів, що сприяє появі запаморочень є психічні розлади (включаючи депресію і тривожність). Проблема психоемоційного стресу в останні десятиліття набуває все більшої актуальності в світі. Пандемія COVID-19, яка була оголошена ВООЗ у 2020 р., суттєво поглибила цю проблему. Численні дослідження свідчать про те, що найбільше від психоемоційного стресу страждають особи працездатного віку. Відбір шкал і проведення анкетування в осіб із запамороченнями, що виникли в умовах хронічного стресу, є актуальним завданням.

Мета роботи: Підвищення ефективності діагностики та лікування кохлео-вестибулярних розладів, що виникли в умовах стресу та розробка заходів реабілітації.

Матеріали і методи: Були обстежені 95 пацієнтів віком від 18 до 59 років зі скаргами на запаморочення, що виникли в умовах стресу, і 20 осіб контрольної групи. 52 пацієнти основної групи також скаргались на шум у вухах і 35 – на зниження слуху.

Пацієнтам було проведено такі дослідження: аудіометрія у повному обсязі, слухова адаптація, тести на виявлення центральних слухових розладів, імпедансометрія, коротколатентні слухові викликані потенціали (КСВП), вестибулометрія.

Також було проведено анкетування за такими шкалами: опитувальник «Комплексна оцінка стресу» (автор Ю.В. Щербатих), Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала оцінки якості життя (автор О.С. Чабан) та Шкала соціальної адаптації Холмса і Рейха.

Для статистичного аналізу були застосовані непараметричні методи. Різницю при порівнянні двох незалежних сукупностей вважали достовірною при $p < 0,05$.

Результати: Усіх пацієнтів з психогенними запамороченнями було розподілено на 3 групи в залежності від ступеня вираженості стресу. До 1-ї групи увійшов 21 (22,1 %) обстежений з помірним стресом, до 2-ї – 35 (36,8 %) з достатньо вираженим стресом і 3-ю групу склали 39 осіб (41,1 %) в стані сильного стресу (причому 10 з них – на межі виснаження адаптаційних сил організму). Середні показники, отримані при анкетуванні за опитувальником «Комплексна оцінка стресу», у осіб 1-ї групи становили 9,0 (10,5-7) балів, 2-ї групи – 17,5 (21-14,5) балів і 3-ї – 34,0 (28-41,5).

Результати анкетування за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) показали, що в 1-й групі більше ніж у половини досліджуваних за субшкалою тривоги встановлено норму; в жодного з досліджуваних не виявлено клінічно вираженої депресії і лише у 3 (14,3 %) виявлено субклінічно виражену депресію. В 2-й групі тривожний компонент є більш вираженим з переважанням клінічно вираженої тривоги; депресію встановлено лише у 37,1 % з переважанням субклінічно вираженої депресії. В 3-й групі за субшкалою тривоги норму встановлено лише у 2 осіб (5,1 %), причому у більшості пацієнтів переважала клінічно виражена тривога. За субшкалою депресії близько третини пацієнтів мають нормальні показники і майже в половині досліджуваних встановлено субклінічно виражену депресію.

За Шкалою соціальної адаптації Холмса і Рейха у більшості випадків (57 пацієнтів) відмічався низький рівень стресу, у 31 особи відмічався середній рівень стресу і лише у 7 – високий.

Результати оцінки якості життя за шкалою О.С. Чабана: у 8 категоріях показники якості життя знижувались обернено пропорційно до підвищення ступеня вираженості стресу. Найкращі показники були отримані в категорії задоволеності умовами проживання. Найгірші показники – в категоріях задоволеності фізичним станом і любов'ю.

Висновки: У 36,8 % досліджуваних встановлено достатньо виражене напруження емоційних і фізіологічних систем, у 41,1 % – стан сильного стресу і в 10,5 % – виснаження адаптаційних сил організму.

Пацієнтам із запамороченнями, що виникли в умовах стресу, необхідно проводити анкетування за допомогою валідизованих шкал: опитувальник «Комплексна оцінка стресу», Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та Шкала оцінки якості життя. Застосування інших шкал для визначення психоемоційного стану та рівня якості життя таких пацієнтів є предметом подальших досліджень.

За даними використаних опитувальників від 7,4 (Шкала соціальної адаптації Холмса і Рейха) до 78,9 % (Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)) осіб працездатного віку, що перебували в умовах стресу, окрім отоларингологічного лікування, потребують консультації медичного психолога. Ці заходи дадуть можливість прискорити лікувальний процес і покращити якість життя пацієнтів.

Ключові слова: психогенні запаморочення, хронічний стрес, Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), Шкала оцінки якості життя.

PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH COCHLEOVESTIBULAR DISORDERS OCCURRED UNDER STRESS CONDITIONS

Zabolotnyi DI, Lutsenko VI, Bieliakova IA, Kholodenko TYu, Vinnichuk PV, Hradiuk NM, Shevchenko TO
State Institution "O.S. Kolomiychenko Institute of Otolaryngology of National Academy of Medical Science of Ukraine"; e-mail: amtc@kndio.kiev.ua

Abstract

Topicality: Dizziness is one of the most common symptoms in medical practice. This symptom can be caused by many diseases. One factor which is contributing to dizziness is mental disorders (including depression and anxiety). The problem of psychoemotional stress in recent decades is becoming increasingly important in the world. The COVID-19 pandemic, which was declared by the WHO in 2020, substantially deepened that problem. Numerous studies show that persons of working age suffer most from psychoemotional stress. An urgent task is a selection of scales and questionnaires for persons with dizziness caused by chronic stress.

Aim: to increase the effectiveness of diagnosis and treatment of cochleovestibular disorders that caused under stress conditions and develop the rehabilitation events.

Materials and methods: 95 patients aged 18 to 59 years were examined with complaints of dizziness caused by stress conditions and 20 people in the control group. 52 patients from main group also complained of tinnitus and 35 of hearing loss.

The following studies were carried out for patients: audiometry in full, listening adaptation, detection tests for central auditory disorders, impedance measurement, short-latency auditory induced potentials (CSVP), vestibulometry.

The questionnaire was conducted on the following scales: the questionnaire "Comprehensive Stress Assessment" (by Shcherbatykh YuV), the Hospital scale of Anxiety and depression (HADS), the Quality of Life Assessment Scale (by Chaban AS) and the Holmes and Reich social adaptation scale.

Non-parametric methods were used for statistical analysis. The difference in comparing of the two independent aggregates was considered valid at $p < 0.05$.

Results: All patients with psychogenic dizziness were divided into three groups depending on the severity of stress. The first group included 21 people (22.1%) with moderate stress, the second group – 35 patients (36.8%) with fairly pronounced stress, and at the third group were 39 people (41.1%) in a state of severe stress (but 10 of them are on the verge of exhaustion of the body's adaptive forces). The average indicators obtained during the questionnaire for the inquirer "Comprehensive stress assessment" in the 1st group were 9.0 (10.5-7) points, in the 2nd group – 17.5 (21-14.5) points and in the 3rd group – 34.0 (28-41.5).

The results of the Hospital Anxiety Scale and Depression (HADS) questionnaire are: in 1st group more than half of the sub-anxiety scale studies was normal; none of the subjects showed clinically pronounced depression and only 3 of them (14.3%) showed subclinically pronounced depression. In group 2nd the anxiety component is more pronounced with a predominance of clinically expressed anxiety; depression was diagnosed only in 37.1% with a predominance of subclinically pronounced depression. In the 3rd group on the anxiety sub-scale, the normal results had only 2 persons (5.1%), moreover, clinical anxiety was prevalent in most patients. In according with subscale of depression, about a third of patients have normal indicators and almost half of the subjects tested have subclinically pronounced depression.

According to the Holmes and Reich Social Adaptation Scale, in most cases (57 patients) there was low level of stress, 31 people had an average level of stress and only 7 had a high.

The results of the assessment of life quality according to the Chaban A. S. scale: in eight categories, life quality indicators decreased inversely in proportion to the increase in the severity of stress. The best indicators were obtained in the category of satisfaction with living conditions. The worst indicators are in the categories of satisfaction with physical condition and love.

Conclusions: 36.8% of the studied ones have quite pronounced stress of emotional and physiological systems, 41.1% - state of severe stress and 10.5% - exhaustion of the body's adaptive forces.

Patients with dizziness that was caused by stress should be interviewed using validated scales: the questionnaire "Comprehensive Stress Assessment", the Hospital Anxiety Scale and Depression (HADS) and the Quality of Life Assessment Scale. The use of other scales to determine the psychoemotional state and quality of life of such patients is the subject for further researches.

In according with used questionnaires from 7.4 (Holmes and Reich Scale of Social Adaptation) up to 78.9% (Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)) of working-age persons who were under stress, except for otolaryngological treatment, in need of a medical psychologist. These measures will provide an opportunity to increase the speed of the treatment process and improve patient's quality of life.

Key words: psychogenic dizziness, chronic stress, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Quality of Life Assessment Scale.