

УДК : 615.851:[159.942 + 159.947]:616.21

Яковлева Наталія Юрїївна, аспірантка заочної форми навчання кафедри загальної та медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О.О. Богомольця м. Києва.

e-mail : yakushka.natali@gmail.com

ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ВАДАМИ СЛУХУ НА ПРИКЛАДІ ОТОСКЛЕРОЗУ

Анотація

Клінічно отосклероз одна з найпоширеніших причин порушення слуху, що характеризується ізольованим склерозом ендохондральних кісток капсули лабіринту, що є анатомічною складовою внутрішнього вуха людини, де звукова хвиля перетворюється в нервовий імпульс, який по аферентним нервовим шляхам досягає певних центрів головного мозку, в результаті чого людина чує звуки. Отосклеротичні вогнища вторгаються в так зване стапедіовестібюлярне з'єднання (овальне вікно) і заважають таким чином вільному руху стремена , що відіграє активну роль у проведенні звукової хвилі.

Захворювання зазвичай починається в молодому віці , частіше хворіють жінки (78%). Молодий вік початку захворювання отосклерозу становить 70% постраждалих, які перебувають у віці 20 - 30 років під час постановки діагнозу. Приблизно у 10% постраждалих пацієнтів з отосклерозом розвиваються глибокі сенсоневральні порушення слуху на всіх частотах.

Характерне прогресивне, як правило, двобічне, погіршення слуху, що чергується з періодами його стабілізації та відчуттям шуму у вусі. Захворювання отосклероз у зв'язку з обмеженням можливостей людини часто сприяє виникненню тривожних розладів, про що свідчать різні дані, засновані на експериментах , проведених в авторитетних світових клініках.

Тривожними розладами називають групу неврозів, пов'язаних з необґрунтованим и нестабілізуючим почуттям страху и напруги без будь-якої певної причини. Є різні види тривожних розладів – агорафобія, панічний

розлад, специфічна (ізолювана) фобія, obsесивно-компульсивний розлад (ОКР), посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), генералізований тривожний розлад (ГТР), соціальна фобія та інші.

За даними опитування щодо коморбідності, загальна поширеність тривожних розладів у пацієнтів з отосклерозом, страждаючих зниженням слуху і шумом у вусі, становить 24,9%. Наслідки цих порушень на фізичне здоров'я і професійну діяльність пацієнтів з отосклерозом добре задокументовані на базі інституту Оториноларингології імені А.А. Коломіченка в відділі мікрохірургії вуха. Більше половини пацієнтів з отосклерозом, що мали тривожні розлади повідомили про помірну до важкої професійної дисфункції аж до інвалідності.

Ключові слова: *слух, отосклероз, тривога, тривожні розлади.*

Яковлева Наталия Юриевна, аспірантка заочної форми навчання кафедри загальної та медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені А.А. Богомольця г.Києва.

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЯМИ СЛУХА НА ПРИМЕРЕ ОТОСКЛЕРОЗА

Аннотація

Клинічеськи отосклероз одна з самих розповсюджених причин порушення слуху, характеризується ізолюваним склерозом ендохондральних кісток капсули лабіринта, являючись анатомічною складовою внутрішнього вуха людини, де звукова хвиля перетворюється в нервовий імпульс, який по провідним нервовим шляхам досягає певних центрів головного мозку, в результаті чого людина чує звуки. Отосклеротическі осередки вторгаються в так зване стapedіоестібулярне з'єднання (овальне вікно) і перешкоджають таким чином вільному русу стремени, що грає активну роль в проведенні звукової хвилі.

Заболевание обычно начинается в молодом возрасте, чаще болеют женщины (78%). Молодой возраст начала заболевания отосклероза составляет 70% пострадавших, которые находятся в возрасте 20 - 30 лет во время постановки диагноза. Примерно у 10% пострадавших пациентов с отосклерозом развиваются глубокие сенсоневральные нарушения слуха по всем частотам.

Характерно прогрессивное, как правило, двустороннее ухудшение слуха, которое чередуется с периодами его стабилизации и ощущением шума в ухе. Заболевание отосклероз в связи с ограничением возможностей человека часто способствует возникновению тревожных расстройств, о чём свидетельствуют различные данные, основанные на экспериментах, проведённых в авторитетных мировых клиниках.

Тревожными расстройствами называют группу неврозов, связанных с необоснованным и нестабилизирующим чувством страха и напряжения без какой-либо определённой причины. Есть различные виды тревожных расстройств - агорафобия, паническое расстройство, специфическая (изолированная) фобия, обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), генерализованное тревожное расстройство (ГТР), социальная фобия и другие.

По данным опроса относительно коморбидности, общая распространённость тревожных расстройств у пациентов с отосклерозом, страдающих снижением слуха и шумом в ушах, составляет 24,9%. Последствия этих нарушений на физическое здоровье и профессиональную деятельность пациентов с отосклерозом хорошо документированы на базе Института оториноларингологии им. А.А.Колодийченко. Более половины пациентов с отосклерозом, имеющие тревожные расстройства, сообщили об умеренной до тяжелой профессиональной дисфункции вплоть до инвалидности.

Ключевые слова: *слух, отосклероз, тревога, тревожные расстройства*

Nataliia Iakovleva, Graduate student of general and medical psychology and pedagogy of the National Medical University named by A.A. Bogomolets

ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH IMPAIRED HEARING ON THE EXAMPLE OF OTOSCLEROSIS

Summary

Clinically otosclerosis the most common cause of hearing impairment, characterized by isolated sclerosis endochondral bone capsule of the labyrinth, which is anatomically composes the inner ear of a person where the sound wave is transforming into nerve impulses, which is conducting nerve pathways reaches certain centers of the brain, causing the person hears sounds. Otosclerotic foci invade the so-called stapedious-vestibular connection (oval window) and thus hinder the free movement of the stapes, is playing an active role in the sound wave.

The disease usually starts at a young age, more common in women (78%). Young age at onset of otosclerosis is 70% of the victims, who are aged 20 - 30 years old at the time of diagnosis. Approximately 10% of affected patients with otosclerosis develop profound sensorineural hearing loss at all frequencies.

Characteristical is a progressive, usually bilateral hearing loss, alternating with periods of stabilization and a sense of noise in the ear. Otosclerosis disease due to limited human capabilities often contributes to anxiety disorders, as evidenced by a variety of data, based on the experimentation conducted in the prestigious international clinics.

The anxiety disorder is a group of neuroses associated with unfounded and sense of fear and tension without any specific reason. There are different types of anxiety disorders – agoraphobia, panic disorder, specific (isolated) phobia, obsessive-compulsive disorder (OCD), post-traumatic stress disorder (PTSD), generalized anxiety disorder (GAD), social phobia and others.

According to the survey regarding the comorbidity, the total prevalence of anxiety disorders in patients with otosclerosis suffering from hearing loss and tinnitus, is 24.9%. The effects of these disorders on physical health and

professional activity of patients with otosclerosis are well documented on the basis of Institute of Otorhinolaryngolog named by A.A. Kolomichenko. More than half of patients with otosclerosis, anxiety disorders have reported of severe occupational dysfunction until disability.

Keywords: *hearing, otosclerosis, anxiety, anxiety disorders*

Постановка проблеми. Тривога - це неприємний емоційний стан, що характеризується очікуванням несприятливого розвитку подій, наявністю поганих передчуттів, страху, напруги і занепокоєння. Тривога відрізняється від страху тим, що стан тривоги зазвичай безпредметний, в той час, як страх припускає наявність викликаного його об'єкта, людини, події або ситуації.

Тривожність - це схильність людини до переживання стану тривоги. Найчастіше тривожність людини пов'язана з очікуванням соціальних наслідків його успіху або невдачі.

Тривога і тривожність тісно пов'язані зі стресом. З одного боку, емоції тривожного ряду є симптомами стресу. З іншого боку, вихідний рівень тривожності визначає індивідуальну чутливість до стресу.

Тривожні розлади поширені дуже широко. За зарубіжними даними, одночасно 9% населення у світі страждає яким-небудь тривожним розладом, а за весь час свого життя тривожний розлад переносять майже 25% людей.

Розглядається взаємозв'язок тривожних розладів і отосклерозу на трьох рівнях: 1) тривога виступає як причина, посилююча зниження слуху і шум у вусі при отосклерозі; 2) тривога як реакція на наявність захворювання і сам процес лікування.

Можна визнати етіологічну роль психотравмуючої ситуації в протіканні отосклерозу, що виражається у вигляді погіршення слуху і збільшення інтенсивності шуму у даних пацієнтів.

Тривога і пов'язані з нею тривожні розлади можуть бути провокуючим моментом в подальшому прогресуванні отосклерозу у хворих, надаючи несприятливий вплив на його перебіг.

Хворі отосклерозом - це хронічні хворі , які можуть важко реагувати на своє захворювання і лікування. У структуру клінічних проявів отосклерозу входять тривожні розлади, зумовлені реакцією на захворювання, пов'язані як з встановленням діагнозу отосклероз і виникненням непрацездатності, так і з необхідністю самостійного лікування, можливими обмеженнями та змінами.

Мета дослідження. Виявити , які види тривожних розладів були виявлені у хворих з вадами слуху на прикладі отосклерозу.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В даний час доступні дані показують, що порівняно мало психологічних і соціальних досліджень наслідків придбаного порушення слуху (отосклероз). Існуючі дані свідчать про те, що психічні розлади значно частіше у людей з порушеннями слуху ніж у здорових людей і супроводжуються дисгармонією в міжособистісних і соціальних відносинах.[9]

В Інституті психіатрії , в клінічному центрі Сербії в Белграді було встановлено наявність і тип психічних розладів у пацієнтів з порушеннями слуху при отосклерозі до і через 6 місяців після хірургічного втручання на хворому вусі, а також були знайдені ролі в адаптації стилю (персональних налаштувань) і стратегії комунікації в якості посередницьких змінних між придбанням слуху і спостережуваних психічних змін. Досліджувалися 60 суб'єктів, які були потенційними кандидатами на операцію стапедектомію. Тест MMPI-201 був застосований у пацієнтів з отосклерозом до і після операції з тим, щоб оцінити психічний стан. Результати показали, що більше психічних розладів присутні в передопераційній групі порівняно з населенням в цілому і в післяопераційній групі. Ці порушення є виключно невротичного характеру. Найчастіше зустрічаються тривожні депресивні, депресивні і тривожні реакції. Результати вказували на необхідність професійної психіатрично-психологічної підтримки як частини реабілітаційної програми, спрямованої на скорочення психологічних труднощів, тобто, щоб допомогти людям пристосуватися до акустичного середовища і для запобігання або, принаймні, зведення до мінімуму

негативних наслідків порушення слуху ефективними комунікаційними стратегіями.[9]

Так Арлінгер С. у відділенні Аудіології університетської лікарні, в Швеції, Лінчепінг в 2003 році були досліджені негативні наслідки у вигляді тривожних розладів вчасно некоректуємої втрати слуху. Було доведено, що втрата слуху призводить до ряду обмеження можливостей. Проблеми в розпізнаванні мови, особливо в складних умовах, приводили до найбільшого числа скарг у таких пацієнтів. При поганій чутності у людини характерна знижена здатність виявляти, ідентифікувати і локалізувати звуки швидко і надійно. Такі звуки можуть бути як попередження або сигнали тривоги. Комунікативна інвалідність впливає на людей з порушеннями слуху та інших людей у своєму оточенні - членів сім'ї, колег по роботі та інше. Люди з вадами слуху не завжди в курсі всіх наслідків порушень. Декілька досліджень показали, що відсутність корекції втрати слуху призводить до зниження якості життя такої людини, пов'язані з ізоляцією, а також до зниження соціальної активності і відчуття того, що це виняток, що в результаті призводить до збільшення поширеності симптомів тривоги і тривожних розладів. Ці дані вказують на важливість раннього виявлення втрати слуху та пропозиції реабілітаційної підтримки, де доречно застосування планової операції або використання слухових апаратів, які є, як правило, важливим компонентом слуху. Кілька досліджень також вказують на значний взаємозв'язок між втратою слуху і втратою когнітивних функцій. Більшість з цих досліджень показують, як втрата слуху впливає на зниження когнітивних функцій або, коли одночасно втрата слуху і зниження когнітивної функції є складовими загальної вікової дегенерації. Корекція слуху повинна розглядатися як явне свідчення застосування планової операції або застосування слухових апаратів для тих, хто потребує цього.

Так Ерікссон-Мангольд на базі факультету психології Гетеборгського університету при госпіталі Бордс в Швеції у 2000 році описав психологічно унікальні аспекти, що супроводжують пацієнта з отосклерозом. Описове

дослідження було проведено ним в три етапи на основі фокус-групових інтерв'ю та письмового опитування. Результати дослідження показали, що хірургія вуха була дуже важлива в житті пацієнтів і унікальний аспект в тому, що вони були обтяжені почуттям відповідальності за прийняття рішення на користь або проти хірургії вуха, а також при виборі часу для роботи. Таким чином, був використаний слуховий апарат під час очікування операції або взагалі замість хірургічного втручання, що значно зменшило тривожні прояви у пацієнта. Загальний висновок з цього дослідження в тому, що є певні обставини у працездатного пацієнта при його даної хвороби вуха, які мають великий вплив на якість його життя, благополуччя і адаптацію. Психологічна ситуація є причиною нестабільності, почуття відповідальності та виникнення тривоги і тривожних розладів. Деякі пацієнти з отосклерозом говорили, що вони краще, ніж інші люди з порушеннями слуху, у яких операція може поліпшити слух і тому, хороші результати можуть бути досягнуті у них з втратою слуху через слухові апарати. Це розуміння значно знижувало їх тривогу і попереджало виникнення тривожних розладів, а також це дослідження допомогло забезпечити більш повне уявлення про факти життя в цих пацієнтах з отосклерозом.

Результати досліджень, проведених Дж. Рамсавном, доктором філософії університету Каліфорнії на Кафедрі психіатрії та поведінки людини, Род-Айленд, США в 2009 році показують, що тяжкість тривожних розладів знижується з плином часу, хоча це зниження є скромним і залежить від конкретних розладів. Літні люди з ПД і ГТР мають кращий прогноз, ніж їх молодші колеги, так як їх курс характеризується більш значущим падінням ступеня тяжкості. У роботах клінічних психологів велика увага приділялась соціальним і психологічним проблемам, з якими стикається хворий отосклерозом і які є важливою складовою внутрішньої картини хвороби пацієнта. До них відносяться: неможливість існування прийнятим раніше способом життя, відчуття ущербності, різке скорочення соціальної активності у зв'язку з розвитком ускладнень, залежність від соціального

середовища і людей, з якими йому доводилося спілкуватися та інше. Зміна професійного статусу, перерозподіл ролей і функцій в сім'ї провокували кризу в житті хворого.

При дослідженні хворих з отосклерозом 1 (тимпанальна) і 2 (кохлеарна) форми за методикою ММРІ виявляється виразна тенденція до трансформації структури переживань від тривожної реакції на хворобу до конкретизації тривоги, переростання її в предметний страх за своє здоров'я і життя в міру збільшення тривалості захворювання і приєднання ускладнень.[9]

Розвиваються ускладнення у вигляді прогресування зниження слуху і збільшення інтенсивності шуму в хворому вусі чинять негативний вплив на емоційний стан хворих на отосклероз, а також погіршують якість життя, обмежуючи автономність і комунікативні можливості пацієнтів аж до труднощів у спілкуванні та в самообслуговуванні. Побоювання непорозуміння та соціальне відчуження в спілкуванні значно обмежує соціальну активність пацієнтів, а страх втрати слуху надає потужний стрессогенний вплив.[6]

Зміст. Тривожними розладами називають групу неврозів, пов'язаних з необґрунтованим і нестабілізуючим почуттям страху і напруги без будь-якої певної причини.[4]

Є різні види тривожних розладів:

Агорафобія. Страх опинитися в ситуації, в якій важко отримати допомогу інших людей і з якої важко швидко піти, як, наприклад, в даному випадку робоча обстановка, або стаціонар, операційна лікарні, в якій перебуває пацієнт. Часто супроводжується панічним розладом.

Панічний розлад. Раптовий безпричинний інтенсивний страх, що досягає максимуму протягом декількох хвилин і не пов'язаний зі страшними ситуаціями або предметами. Часті симптоми - страх збожеволіти, втратити самовладання, страх смерті або того, що зараз може статися щось жахливе, тахікардія, утруднення дихання на вдиху, відчуття нестачі повітря, напади

нудоти і запаморочення. Нерідко пацієнтам з панічним розладом ставиться діагноз «НЦД» або «ВСД», а напади паніки розцінюються як «вегето-судинні кризи».

Специфічна (ізольована) фобія. Сильний страх певного об'єкта або ситуації, наприклад, шприців (тіпанофобія), крові (гемофобія). Це неконтрольований страх на рівні сильних панічних атак, що виникає спонтанно.

Обсесивно-компульсивний розлад. Нав'язливі болісні думки, які заважають нормально жити і часто ведуть до нав'язливих дій та ритуалів. Прикладами можуть служити надмірне побоювання бруду або заразної хвороби, що приводить до безперервного миття рук; повторення багато разів одного і того ж імені або слова; багаторазова повторна перевірка, чи закриті двері, чи закрито вікно.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Часто розвивається у пацієнтів, які пережили загрожуючі життю ситуації або катастрофи (наприклад, операція). Характерні стійкі болючі спогади, підвищена збудливість, дратівливість і спалахи гніву, порушення сну.

Генералізований тривожний розлад (ГТР). Постійні виражені почуття напруженості, неспокою і майбутніх неприємностей у повсякденних подіях та проблеми протягом декількох місяців. Часті симптоми - надмірне напруження м'язів, дратівливість, проблеми зі сном і хронічна втома. Нерідко супроводжується депресією.

Соціальна фобія. Виражений страх опинитися в центрі уваги або страх поведися так, що це викличе збентеження або приниження в певних ситуаціях. Найбільш типовими ситуаціями є спілкування в громадських місцях, випадкова зустріч знайомих облич на публіці, перебування в невеликих групах (наприклад, на зборах, в робочій кімнаті) і інше.

Розлад адаптації. Стан суб'єктивного дистресу і емоційного занепокоєння, що перешкоджає нормальній діяльності і виникає під час адаптації до значної зміни в житті або стресовій події. [3]

Тривога - центральний механізм формування психічного стресу. Вона зумовлює більшу частину розладів, що виникають при емоційному стресі, активізує механізми психічної адаптації. Хронічні емоційні переживання зумовлюють виникнення хроніфікуючих вісцерально-вегетативних розладів, що означає можливість автономізації соматичних порушень з переважною локалізацією їх у якомусь органі або системі [4].

Деякі частини головного мозку відіграють ключову роль у продукуванні почуття тривоги. Використовуючи технології візуалізації людського мозку і нейрохімічні методи, вчені виявили, що мигдалина мозочка і гіпокамп відіграють значну роль у розвитку більшості тривожних розладів. Мигдалина мозочка - це мигдалеподібна ділянка, розташована глибоко всередині головного мозку. Як вважають, саме мигдалина мозочка є вузловим центром зв'язку між частинами головного мозку, які обробляють надходячі сенсорні імпульси і частинами ці імпульси інтерпретують. Мигдалина мозочка попереджає іншу частину головного мозку про існування загрози і «запускає» відповідну реакцію - тривогу. Емоційна пам'ять, як виявилось, зберігається в центральній частині мозочкової мигдалини і може грати роль у виникненні тривожних розладів, пов'язаних з вельми несхожими один на одного страхами, як наприклад, боязнь крові або інше. Гіпокамп - це частина мозку, що кодує «страшні» події у спогади, наприклад, планова операція у пацієнта з отосклерозом на хворому вусі у пацієнта з отосклерозом. Оскільки слухові центри також знаходяться у відповідних структурах головного мозку, куди може досягти нервово збудження від сусідніх вище згаданих нервових областей, що відповідають за тривогу, таким чином порушуючи проведення нервових імпульсів, що надходять у хворе вухо, що може значно погіршити слух і збільшити інтенсивність шуму в хворому вусі у пацієнта з отосклерозом.[8]

Таким чином, виникаючі тривожні розлади слід розглядати як фактори, що несприятливо впливають на рівень слуху і інтенсивність шуму в хворому вусі у пацієнта з отосклерозом.

Результати досліджень. На базі інституту Оториноларингології ім. О.С.Коломійченка у відділі Мікрохірургії вуха та отонейрохірургії було оглянуто 130 стаціонарних пацієнтів з отосклерозом різних форм.

При цьому було виявлено, що тривожні порушення виникають у хворих з отосклерозом в 1,5 разів частіше, ніж у здорових людей. Результати дослідження дозволяють говорити про те, що тривожно-депресивні розлади і супутня психічна патологія, що відзначається у даних хворих, знижує їх соціальну адаптацію, якість життя і призводить до нерегулярного і неякісного контролювання пацієнтами власного стану.

Також залишається дискусійним питання про особливості поширеності тривожних розладів при різних формах отосклерозу. Так є відмінності в поширеності тривожних розладів. За отриманими даними генералізований тривожний розлад зазначався у хворих отосклерозом 1(тимпональна) і 2 (кохлеарна) форми в 39,4% і 40,4% випадків відповідно.

Про значне переважання тривожних розладів у хворих з отосклерозом та їх вплив на прогресування зниження слуху і шуму у цих пацієнтів свідчать отримані дані. Деякі пацієнти з отосклерозом, які взяли участь у даному огляді, спостерігалися ще протягом 6 місяців після проведеної планової операції. Тривожні розлади були виявлені у 49,2%, що було достовірно вище, ніж у пацієнтів контрольної групи, які хворіли на хронічний гайморит (10-20%). При цьому можна відзначити, що єдиним фактором, що збільшує ризик виникнення тривожних розладів, це погіршення стану у вигляді зниження слуху і шуму на хворому вусі після проведеного консервативного лікування і тривалого відкладання проведення планової операції на хворому вусі у пацієнтів з отосклерозом. Також було виявлено, що жінок все-таки більше турбувала тривога, ніж чоловіків.

Клінічно виражений тривожний синдром спостерігався у 12,6% хворих отосклерозом 1 форми і лише у 5,9% хворих отосклерозом 2 форми. Тривожні розлади були представлені фобічними розладами (1,9%), іншими

тривожними розладами (0,8%), обсессивно-компульсивним розладом (0,5%) та інше.

У той же час субклінічно виражені тривожні розлади відзначалися достовірно частіше (19,3%). Факторами ризику для виникнення тривожних розладів з'явилися погіршення слуху і шум у хворому вусі. Високий рівень розладів у пацієнтів з отосклерозом 1(тимпанальна) і 2 (кохлеарна) форми автори пояснюють тим, що уражається не тільки звукосприйняття, але й звукопроведення у пацієнта, про що достовірно свідчать показання проведеного аудіометричного дослідження і підтверджує про більш важке фізичне самопочуття даної групи хворих з отосклерозом.

Відзначено досить висока поширеність панічних атак, генералізованого тривожного розладу (ГТР), посттравматичного стресового розладу (ПТСР), соціальної фобії у пацієнтів з отосклерозом. Великий ризик виникнення тривожних розладів виявляється у жінок з низьким освітнім рівнем.

При цьому тривожні розлади у цих хворих часто лишаються не виявленими через низьку інформованість про них лікарів.

Висновки. Спостерігається значне зниження якості життя пацієнтів з отосклерозом, причому психологічні проблеми виявилися найбільш типовими для осіб молодого віку, а комунікативні обмеження найбільш гостро відчували особи як молодого, так і середнього віку, незалежно від статі. При оповіщенні хворим з отосклерозом про необхідність планової операції у них частіше діагностувалися тривожні розлади у зв'язку з тим, що передопераційний пацієнт перебував під впливом маси стресогенних факторів.

Відзначається поєднання погіршення як симптомів отосклерозу, так і наявних тривожних розладів, що значно знижує якість життя і утрудняє соціальну адаптацію пацієнта в цілому.

Є вельми переконливі докази негативного впливу тривоги і пов'язаних з нею тривожних розладів на пацієнтів з отосклерозом. Важливу роль при цьому відіграють труднощі комунікації з медперсоналом, що знижують

задоволеність пацієнта лікуванням в цілому і окремими візитами до лікаря зокрема. Наявність тривоги і пов'язаних з нею тривожних розладів ускладнює розуміння пацієнтом медичних рекомендацій і знижує готовність слідувати їм.[2] В результаті, такі хворі з отосклерозом частіше відзначають відсутність результативності дії ліків або проведення планової операції особливо в перші післяопераційні дні і в два рази частіше звертаються до лікаря, вимагають до себе більше уваги. У зв'язку з цим деяким пацієнтам не вдається досягти оптимального контролю захворювання, незважаючи на прикладені ними і лікуючим лікарем зусилля. При несприятливому результаті це набуває форму неконтрольованих і з точки зору пацієнта непередбачуваних коливань зниження рівня слуху з частою появою відчуття шуму помірної інтенсивності у хворому вусі, що ще більше підсилює тривожне занепокоєння.

У той же час зв'язок рівень тривоги і отосклерозу на сьогоднішній день представляється не настільки однозначним. Зниження слуху і шум у хворому вусі при отосклерозі проявляється симптомами тривоги (сухість у роті, запаморочення та інше), що часто це не відрізняє їх від панічних атак.

Таким чином, на основі вищезазначених досліджень можна стверджувати, що тривожні розлади у пацієнтів з отосклерозом, обумовлені реакцією на захворювання і виникненням зниження слуху і шуму у хворому вусі, значно знижують соціально-психологічну адаптацію хворих з отосклерозом і погіршують їх якість життя. Також наявність тривожних розладів зменшує проходження рекомендацій лікаря.

Відсутність у пацієнта совладання з хворобою отосклероз призводить до погіршення слуху і збільшення інтенсивності шуму. Наявні тривога і пов'язані з нею тривожні розлади можуть змусити деяких пацієнтів порушувати режим прийому медичних призначень, відмовитися навіть від планової операції, тим самим сприяючи прогресуванню зниження слуху і збільшення інтенсивності шуму у хворих з отосклерозом. З іншого боку, через підвищений рівень тривоги деякі пацієнти більш чутливі до зниження слуху і шуму у вухах, інші через страх погіршення стану краще виконують

призначення лікаря. Найчастіше тривога у вигляді панічних нападів або пов'язаних з нею тривожних розладів сприяє тому, що лікар може прискорити дату проведення планової операції на хворому вусі.

Представлений огляд даних чітко демонструє, що є велика кількість переконливих даних про зв'язок отосклерозу і тривожних розладів. Тривожні розлади є досить частою психічною патологією, які виявляються у хворих з отосклерозом. На сьогоднішній день необхідно вивчення впливу тривоги та пов'язаних з нею тривожних розладів на перебіг такого захворювання, як отосклероз, яке проявляється значними вадами слуху. Своєчасна діагностика та корекція тривожних розладів дозволить підвищити ефективність лікування отосклерозу і якість оперативної допомоги.

Список використаних джерел

1. Заболотний Д.І., Мітін Ю.В. Оториноларингологія / Д.І. Заболотний, Ю.В.Мітін - К.: «Медицина», 2010. – 472с.
2. Максименко С.Д.Общая психология./ С.Д.Максименко.- «Ваклер»,2001. – С 48- 56,С 268 275, С 292-300.
3. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 300 с.
4. Пісоцький В.П. Емоційно-вольова сфера особистості./ В.П.Пісоцький.- Ніжин : Видавництво НДУ ім. М.Гоголя, 2006. – 64 с.
5. Симаненков В. И. Психосоматические расстройства в практике терапевта / В. И. Симаненков. – М.: СпецЛит, 2008. – 335 с.
6. Федоренко Р.П.Психодіагностична практика у клініці./ Р.П.Федоренко.- Луцьк : РВВ Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2010. - 236 с.
7. Фрейд З. Запрещение, симптом и страх // Тревога и тревожность: Хрестоматия / Под ред. В.М. Астапова. – СПб.: Питер, 2001. – 18-23 с.

8. Хомская Е.Д. Нейропсихология. / Е.Д.Хомская – Московский гос. ун-т им. М.В.Ломоносова. - 4-е изд. - СПб. : Питер, 2008. – 496 с.

9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>

PMC. US National Library of Medicine National Institutes of Health / Американська Національна Бібліотека Медицини Національних Інститутів Здоров'я

References transliterated

1. 1.Zabolotnij D.I., Mitin Ju.V. Otorinolaringologija / D.I. Zabolotnij , Ju.V.Mitin - K.: «Medicina» , 2010. – 472s.

2. Maksimenko S.D.Obshhaja psihologija./ S.D.Maksimenko.- «Vakler»,2001. – S 48- 56,S 268 275, S 292-300.

3. Mezhdunarodnaja klassifikacija boleznej (10 peresmotr). Klassifikacija psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisanija i ukazanija po diagnostike. – SPb.: «ADIS», 1994. – 300 s.

4. Pisoc'kij V.P. Emocijno-vol'ova sfera osobistosti./ V.P.Pisoc'kij.- Nizhin : Vidavnictvo NDU im. M.Gogolja, 2006. – 64 s.

5. Simanenkov V. I. Psihosomaticheskie rasstrojstva v praktike terapevta / V. I. Simanenkov. – M.: SpecLit, 2008. – 335 s.

6. Fedorenko R.P.Psihodiagnostichna praktika u klinici./ R.P.Fedorenko.- Luc'k : RVV Volin. nac. un-tu im. Lesi Ukraïнки, 2010. - 236 s.

7. Frejd Z. Zapreshhenie, simptom i strah // Trevoga i trevozhnost': Hrestomatija / Pod red. V.M. Astapova. – Spb.: Piter, 2001. – 18-23 c.

8. Homskaja E.D.Nejropsihologija./E.D.Homskaja.- Moskovskij gos. un-t im. M.V.Lomonosova. - 4-е изд. - SPb. : Piter, 2008. – 496 s.

9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>

10. PMC. US National Library of Medicine National Institutes of Health / Amerikans'ka Nacional'na Biblioteka Medicini Nacional'nih Institutiv Zdorov'ja