

Динамика психосоматических состояний у пациентов с хирургической патологией в челюстно-лицевой области во временном аспекте

А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец

The dynamics of psychosomatic conditions in patients with surgical pathology in the maxillofacial region in the time aspect

A.A. Dzhereley, I.G. Romanenko, D.Yu. Kryuchkov, S.M. Gorobets

Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского», г. Симферополь

Ключевые слова: стоматология хирургическая, психологические реакции, челюстно-лицевая область

Резюме

Динамика психосоматических состояний у пациентов с хирургической патологией в челюстно-лицевой области во временном аспекте.

А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец

Психосоматические состояния у пациентов челюстно-лицевого профиля разнообразны и характеризуются высокой степенью выраженности, сопровождаются специфическим влиянием на течение раневого процесса, обменные процессы, показатели артериального давления и активность свертывающей системы организма. Палитра психологических реакций представлена повышенным вниманием, тревогой к своему заболеванию, адекватной – гармоничной реакцией или пренебрежением к нему. Однако, наше исследование показало, что соотношение этих реакций изменяется с течением времени, так частота встречаемости тревожно-обсессивно-фобического психосоматического состояния снизилась на 7,09%, эйфорически-анозогнозического – на 14,62%, а гармоничного увеличилось на 21,8%, и обусловлено это, по нашему мнению, повышением уровня информированности пациентов о новых технологиях и развитии и достижениях малоинвазивной хирургии.

Ключевые слова: стоматология хирургическая, психологические реакции, челюстно-лицевая область.

Джерелей Андрей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: andri2605@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Романенко Инесса Геннадьевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: mail: romanenko-inessa@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Крючков Дмитрий Юрьевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: dmitri.kryuchkov@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Горобец Светлана Михайловна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии факультета подготовки медицинских кадров высшей квалификации и дополнительного профессионального образования Медицинской академии имени С.И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского». Контактная информация: gorobets0869@mail.ru, 295051, Республика Крым, г. Симферополь, б-р Ленина 5/7, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского

Abstract

The dynamics of psychosomatic conditions in patients with surgical pathology in the maxillofacial region in the time aspect

A.A. Dzhereley, I.G. Romanenko, D.Yu. Kryuchkov, S.M. Gorobets

Psychosomatic conditions in patients with maxillofacial profile are diverse and characterized by a high degree of severity, accompanied by a specific effect on the course of the wound process, metabolic processes, blood pressure indicators and activity of the organism's coagulation system.

The palette of psychological reactions is represented by increased attention, anxiety to one's own disease, adequate – a harmonious reaction or disregard for it. However, our study showed that the ratio of these reactions varies over time, so the incidence of anxiety-obsessive-phobic psychosomatic state decreased by 7.09%, euphoric-anosognosic – by 14.62%, and the harmonious increased by 21.8%, and this is due, in our opinion, to raising the awareness of patients about new technologies and the development and achievements of minimally invasive surgery.

Key words: surgical dentistry, psychological reactions, maxillofacial region.

Проблема влияния психики на течение соматического заболевания в медицинской практике и в челюстно-лицевой хирургии, в частности, посвящены многочисленные научные работы [1, 2, 3]. В стоматологии эта проблема представляется наиболее актуальной, поскольку, проблема стоматофобии является очень часто встречающейся и значительно выраженной и может приводить к развитию психоэмоционального стресса, который оказывает выраженное влияние на биохимические процессы, протекающие в организме во время операции и в течении всего раневого процесса.

Психологические реакции у пациентов челюстно-лицевого профиля разнообразны и характеризуются высокой степенью выраженности, так как поражение тканей лица приводит к изменению внешнего вида больного. Палитра психологических реакций представлена повышенным вниманием, тревогой к своему заболеванию, адекватной – гармоничной реакцией или пренебрежением к нему.

В ходе изучения возможных вариантов психологической реакции у больных, поступивших на лечение в клинику челюстно-лицевой хирургии в период с 2003 по 2006 годы, нами было диагностировано 10 типов психологических паттернов (рис.1). Самую представительную группу – 118 человек (37,82%) составили пациенты с тревожно-обсессивно-фобической реакцией. Вторая группа – 89 больных (28,53%) включила в себя пациентов с эйфорической и анозогностической реакцией. Третью группу составили 34 человека (10,9%) с гармоничной реакцией. Позднее все диагностированные психологические паттерны по особенностям клинко-лабораторных показателей были объединены в три психосоматические группы: тревожно-обсессивно-фобическую (56,09%), эйфорически-анозогностическую (33,02%) и гармоничную (10,9%) [4].

Возрастной показатель у пациентов тревожно-обсессивно-фобической психосоматической группы находился в пределах 21-50 лет. В эйфорически-ано-

зогностической группе встречались пациенты в возрасте 21-59 лет, а в гармоничной – 16-60 лет.

В исследование вошли пациенты с атеромами, липомами, дермоидными кистами и хроническим гиперпластическим лимфаденитом лица и шеи (табл.1).

При первичном осмотре нами были выявлены опухолеподобные образования, диаметр которых находился в пределах 1,5-5 см. При осмотре кожа в зоне локализации патологического процесса имела физиологическую окраску. При пальпации образования были плотно-эластической консистенции (в случаях с липомами – тестоватой консистенции), безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями (кроме атером, которые прочно фиксировались к коже) [5].

Хирургические вмешательства – удаление новообразований – были проведены только на мягких тканях при близком по объему уровне травматичности. Сопоставимыми для сравнения были и другие условия, сопровождающие операцию: качественные характеристики инструментов, шовных материалов, швов. Обязательным считали предварительную инфильтрацию тканей, окружающих образование, раствором местного анестетика. Распределение больных по психосоматическим группам и нозологическим формам заболеваний представлено в таблице 2.

Полученные данные указывают на прямую зависимость психологической реакции от вида заболевания (его происхождения), степени деформации лица, длительности течения, развития возможных последствий. На наш взгляд, именно в этой связи тревожно-обсессивно-фобическая реакция чаще наблюдалась при дермоидах и липомах. Слово «опухоль», имеющее отношение к диагнозу, для многих пациентов являлось шокирующим, повышало уровень тревоги, поскольку представляло собой витальную угрозу, которую больной самостоятельно разрешить не способен.



Рис 1. Частота встречаемости различных психологических реакций у стоматологических хирургических больных

Наше исследование доказало и влияние психологического состояния на течение раневого процесса, обменные процессы в послеоперационном периоде, что послужило основанием для формирования психосоматических групп среди пациентов с хирургической патологией в челюстно-лицевой области.

Так, тревожно-обсессивно-фобическая психосоматическая группа характеризовалась повышением артериального давления в среднем на $21 \pm 0,31/18 \pm 0,3$ мм рт. ст. перед оперативным вмешательством. Показатели протромбина достоверно снизились на $18,81 \pm 0,63\%$, фибрина – на $5,51 \pm 0,15$ мг. Время свертывания удлинилось на $1 \text{ мин. } 46 \text{ с} \pm 0,06$, снизилось количество общих липидов плазмы крови, значительно повысилось количество первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), выраженными были послеоперационный отек, болевые ощущения, локальная температура в зоне хирургической травмы. Показатели ширины послеоперационного рубца через 6 месяцев после операции соответствовали: тонкому в 23,52%, среднему – в 38,82% и широкому – в 37,65% случаев [4].

Психологический фон у пациентов этой группы сопровождался непрерывным беспокойством. Пациенты нуждались в дополнительной информации о болезни. Часто отмечалось сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Отмечались вспышки раздражения при болях. Весьма характерна тревожная мнительность и чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни.

Вторая психосоматическая группа – эйфорически-анозогнозическая. В ней повышение артериального давления перед оперативным вмешательством составило всего $9,8/3$ мм рт. ст. Показатели протромбина достоверно снизились на $7,56 \pm 0,82\%$, фибрина – на $0,34 \pm 0,13$ мг. Время свертываемости

увеличилось на 19 секунд. Содержание общих липидов плазмы крови сохранялось на более высоком уровне, а первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов – на более низком, по сравнению с первой психосоматической группой. Отек, выраженность болевых ощущений, изменения локальной температуры в зоне хирургической травмы соответствовали аналогичным показателям первой психосоматической группы. Ширина послеоперационного рубца через 6 месяцев после операции соответствовала: тонкому и среднему рубцам в 32%, широкому – в 36% [4].

Психологическими особенностями этой группы являлись: необоснованно-повышенное настроение, нередко наигранное; пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению; легкость нарушения режима; надежда на то, что “само все пройдет”; активное отбрасывание мысли о болезни, о возможных последствиях, отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам, отказом от обследования и лечения. Значительная часть пациентов характеризовалась уходом от болезни в работу.

Третью психосоматическую группу сформировали пациенты с гармоничной реакцией. Анализ показателей артериального давления позволил установить, что повышение артериального давления перед оперативным вмешательством в среднем отмечено на $7,6/5,6$ мм рт. ст. Показатели протромбина достоверно снизились на 6%. Показатели фибрина продемонстрировали отсутствие достоверных изменений в 100% случаев. Время свертываемости увеличилось на 31 секунду, при минимальном снижении общих липидов плазмы крови и незначительном повышении первичных и вторичных продуктов перекисного окисления липидов. Воспалительные изменения имели адекватную объему и характеру хирургической травмы выраженность, а состояние мягких тканей в зоне хирургической травмы нор-

Распределение больных по виду заболевания

Вид заболевания	Общее количество больных	
	абс.	%
Атеромы лица и шеи	82	26,28
Дермоидные кисты	81	25,96
Липомы	69	22,12
Хронический гиперпластический лимфаденит	80	25,64
ВСЕГО	312	100

Табл. 2

Распределение больных по психосоматическим группам и нозологическим формам заболеваний

Вид заболевания Психологическая реакция	Атерома ЧЛО	Хр.гиперпластический лимфаденит	Липома ЧЛО	Дермоидная киста ЧЛО	Итого
Тревожно-обсессивно-фобическая	46 (39%)	34 (29%)	47 (40%)	54 (45,8%)	118* -1
Эйфорически-анозогнозическая	23 (26%)	34 (38,2%)	16 (18%)	24 (27%)	89*
Гармоничная	10 -0,294	12 -0,353	6 -0,176	6 -0,176	34*
Всего	79	80	69	84	312

Примечание: * – процентные соотношения указаны по типам психологических реакций.

Табл. 3

Распределение больных по виду заболевания

Вид заболевания	Общее количество больных	
	абс.	%
Атеромы лица и шеи	14	43279
Дермоидные кисты	10	43210
Липомы	15	43281
Хронический гиперпластический лимфаденит	10	43210
ВСЕГО	49	100

Табл. 4

Распределение больных по психосоматическим группам и нозологическим формам заболеваний

Вид заболевания Психологическая реакция	Атерома ЧЛО	Хр.гиперпластический лимфаденит	Липома ЧЛО	Дермоидная киста ЧЛО	Итого
Тревожно-обсессивно- фобическая	6 (25%)	4 (16,7%)	10 (41,6%)	4 (16,7%)	24* -1
Эйфорически- анозогнозическая	3 (33,3%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	2 (22,2%)	9*
Гармоничная	5 (31,3%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	4 (25%)	16*
Всего	14	10	15	10	49

Примечание: * – процентные соотношения указаны по типам психологических реакций.

мализовалось к пятым суткам послеоперационного периода.

При анализе данных, полученных в гармоничной группе, через 6 месяцев после операции тонкий рубец выявлен в 52,94%, средний – в 35,29% и широкий – в 11,76% случаев [4].

Для психологического статуса характерна трезвая оценка своего состояния, без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни [6, 7, 8, 9, 10].

Исследование тех лет позволило обратить внимание на невысокий процент встречаемости гармоничной реакции, что может косвенно указывать на недоверие врачам, на высокий уровень невротизации человека в современном обществе, слабую информированность пациентов о своей болезни. Необходимо отметить, что нами не было зарегистрировано ни одного случая апатической, меланхолической реакций, что дает основания утверждать, что психика каждого пациента активно реагирует



Рис. 2 Динамика психосоматических состояний

Ряд 1 – тревожно-обсессивно-фобическая группа.

Ряд 2 – эйфорически-анозогнозическая группа.

Ряд 3 – гармоничная группа.

на хирургическую патологию челюстно-лицевой области. Этот факт мотивировал продолжить наше исследование и изучить динамику психосоматических состояний во временном аспекте.

Цель исследования

Изучить частоту встречаемости различных психосоматических состояний у больных с хирургической патологией в челюстно-лицевой области (ЧЛО), провести сравнительный анализ показателей во временном аспекте.

Материал и методы

Исследование проводилось на базе челюстно-лицевых отделений города. Обследованию были подвергнуты 49 пациентов, возраст которых колебался в пределах 20-61 год. Преобладали больные до 50 лет (81,6%) – т.е. в том возрасте, когда косметические требования к послеоперационным рубцам на лице особенно высоки. По виду заболевания больные распределились следующим образом: атеромы – 14 человек, дермоидные кисты – 10, липомы – 15 и хронический гиперпластический лимфаденит – 10 (табл.3).

Тестирование проводилось с помощью Личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) [4].

Распределение больных по психосоматическим группам и нозологическим формам заболеваний в текущий период времени представлено в таблице 4.

Результаты и их обсуждение

Результаты проведенного психологического тестирования с помощью ЛОБИ показали, что структура психосоматических состояний изменилась. Так, количество больных тревожно-обсессивно-фобической группы снизилось и составило 24 человека (49%), также мы наблюдали значительное сокращение больных с эйфорически-анозогнозическим психосоматическим состоянием – 9 человек (18,4%).

Самым значимым изменением был рост количества больных с гармоничным психосоматическим состоянием – 16 человек (32,7%). Динамика психосоматических состояний представлена на рис 2.

Как видно из рис.2, количество больных с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием сократилось на 7,09%, эйфорически – анозогнозическим – на 14,62%, а с гармоничным увеличилось на 21,8%.

Это указывает на то, что пациенты стали более внимательно относиться к своему здоровью (эйфорически-анозогнозическая группа). Об этом свидетельствует снижение уровня комплаентности в эйфорически-анозогнозической группе. Так, в 2003-2006 годах она составляла 100%, из них 44,2% больных пропускали назначенные процедуры, не принимали прописанные им медикаментозные средства, не являлись на перевязки и контрольные осмотры, 37,2% больных не принимали назначенные медикаментозные средства, не являлись на перевязки и контрольные осмотры, 18,6% не являлись на перевязки и контрольные осмотры. Соответственно, в текущий период комплаентность снизилась до 78,2%, хотя структура ее осталась прежней.

Таким образом, в нашем исследовании выявлены изменения в структуре психосоматических состояний у больных с хирургической патологией в челюстно-лицевой области. Мы наблюдаем значительное снижение (на 14,6%) частоты встречаемости эйфорически-анозогнозического психосоматического состояния и соответственно фиксируем снижение уровня комплаентности, а вот количество пациентов с гармоничным психосоматическим состоянием значительно увеличилось и превысило 32%. Это свидетельствует о снижении невротизации общества, повышении ценности здоровья и, скорее всего, повышении информированности пациентов о новых технологиях и развитии малоинвазивной хирургии.

Литература

1. Айлер У. Психология в стоматологической практике. СПб: Питер; 2008.
2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. М.: Изд-во Пн-та психотерапии; 2000.
3. Елфимова Е.В. Личность и болезнь: внутренняя картина болезни, качество жизни и приверженность лечению. Зам. гл. врача. 2009;11:2-14.
4. А.А. Джерелей Клинико-лабораторная оценка результатов прогнозирования и коррекции типов психологических реакций на хирургическое вмешательство у стоматологических больных: Дис... канд. мед наук. – Киев., 2007. – С.34-37, 41-72, 118-119, 120-130, 161-168.
5. Dzheriley A.A., Romanenko I.G., Kryuchkov D.Yu., Gorobets S.M. Psychosomatic peculiarities of lipomas course in the maxillofacial area. Journal of Education, Health and Sport. 2015;5(7):163-170. ISSN 2391-8306. DOI10.5281/zenodo.19470
6. Джерелей А.А. Особенности психоэмоционального состояния пациентов с челюстно-лицевой патологией, требующих хирургического лечения и принципы общей терапии. // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. – 1998. – Т.134, ч.2. – С.347-352
7. Романенко И.Г., Джерелей А.А. Стандартизованная оценка гармоничного психосоматического состояния у больных с хирургической патологией челюстно-лицевой области // Вісник стоматології. – № 2. – 2011. – С.49-58
8. Безруков С.Г., Джерелей А.А. Динамика показателей свертывающей системы крови при различных видах психологических реакций у больных с хирургической патологией ЧЛО // Современная стоматология. – 2004. – № 2. – С.70-72
9. Безруков С.Г., Джерелей А.А. Выраженность воспалительного процесса при различных психологических реакциях у хирургических стоматологических больных // Вісник стоматології. – 2007. – № 2. – С.33-37.
10. Безруков С.Г., Джерелей А.А. Характеристика послеоперационного рубца у хирургических стоматологических больных в разных психосоматических подгруппах // Дентальные технологии. – 2007. – № 03. – С.47-50.