

ДЕФЕКТ-ЗАЛЕЖНІ ВАРІАНТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСІБ ІЗ ТРАВМАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОГО ВІДДІЛУ

Запорізький державний медичний університет

Подано результати обстеження осіб, що перенесли травми щелепно-лицевого відділу, за його результатами розроблено варіанти технік медико-психологічного супроводу цього контингенту хворих у післяопераційному періоді залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту.

Ключові слова: медична психологія, щелепно-лицева хірургія, психотравма, післяопераційний період.

Ушкодження щелепно-лицевої ділянки посідають значне місце у структурі хірургічної патології, що корелює з високою частотою звернень до спеціалізованої клініки пацієнтів із травматичними ураженнями лицевого черепа. Необхідність звернення по хірургічну допомогу з цього приводу супроводжується складним комплексом патологічних особистісних реакцій, переживань, значним зростанням психоемоційного навантаження та підвищенням рівня невротизації. Деформації щелепно-лицевої ділянки часто спричиняють значні естетичні проблеми, пов'язані з фізичним та психологічним дискомфортом, через що погіршуються якість життя та функціонування, вони стають причиною інвалідизації [1–5].

Щелепно-лицева патологія входить не тільки до сфери компетенції стоматології, але є важливою міждисциплінарною проблемою. Окрім хірургічних та стоматологічних клінік, пацієнти потребують включення у комплексний континуум косметологічних, психотерапевтичних та медико-психологічних систем лікування і відповідного супроводу [1, 6].

Мета нашого дослідження — розробка дефект-залежної системи медико-психологічного супроводу осіб, які перенесли травми щелепно-лицевого відділу.

Проведено проспективне дослідження 120 осіб із травмами різного характеру у щелепно-лицевій ділянці (верхня та нижня щелепи). Контингент обстежених розділено на групи згідно з методикою проведених хірургічних втручань.

Використано клініко-анамнестичний та психодіагностичний методи дослідження.

Аналіз сполучень хірургічних та психологічних ризиків дав змогу виділити чотири типи посттравматично-післяопераційних дефектів:

1) естетичний — представлений стійкими порушеннями зовнішності хворого, що є наслідками травматичного ураження м'яких тканин та

кісткових структур обличчя, ускладнень оперативного втручання при виконанні доступу або септичних ускладнень. До цього типу дефекту віднесено такі варіанти хірургічних ускладнень: асиметрію кісток лицевої частини черепа та дисфункцію м'якої мускулатури;

2) функціональний — представлений стійкими порушеннями функціонування органів та м'язів обличчя, що є наслідками травматичного ураження м'яких тканин та нервових шляхів, ускладнень оперативного втручання при виконанні доступу або септичних ускладнень. До цього типу дефекту віднесено такі варіанти хірургічних ускладнень: дисфункцію м'якої мускулатури, гіпестезію обличчя, порушення руху нижньої щелепи, прикусу, руху кругового м'яза рота, рухів язика, ковтання, носового дихання;

3) одонтологічний — представлений порушеннями цілісності зубного ряду, що є наслідком травматичного ураження зубів чи кісткових структур обличчя або септичних ускладнень. До цього типу дефекту віднесено такі варіанти хірургічних ускладнень: патологічну рухомість зубів, симетричні дефекти зубного ряду, асиметричні дефекти зубного ряду, субтотальні дефекти зубного ряду;

4) уявний — представлений психологічними порушеннями, що є наслідком переживання травматичного досвіду, і патологічними уявленнями щодо наслідків травми та оперативного втручання.

На основі результатів аналізу психологічних і поведінкових розладів, що мають зв'язок з оперативним втручанням, було розроблено систему медико-психологічного супроводу оперативного втручання, що передбачає 8–18 сеансів співбесіди лікаря-стоматолога з хворим у післяопераційному періоді. Тривалість кожного сеансу становить від 15 до 30 хв, в ході якого послідовно реалізується завдання корекції психологічного стану хворого. Систему реалізовано у чотири етапи.

Таблиця 1

Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту на алгоцентрованому етапі медико-психологічного супроводу

Етап	Тип дефекту	Мішень	Психотехніка
Алгоцентрований	Естетичний	Інтерпретація почуття болю, побудови уявного образу стійких порушень зовнішності	Раціоналізуюча консультація. Пояснення відсутності зв'язку почуттів з інвазивністю оперативного втручання, формування образу болю як маркера якісної роботи нервових шляхів
	Функціональний	Інтерпретація парестезії та анестезії як ознак ушкодження нервів та порушення функціонування органів обличчя	Раціоналізуюча консультація. Пояснення сутності феноменів анестезії та парестезії у зв'язку з необхідністю призначення анагетичних засобів та післяопераційним набряком нервових шляхів
	Одонтологічний	Фізичне почуття ушкодження зубів	Раціоналізуюча демонстрація. Демонстрація хворому моделі з поясненням подальшої техніки реконструкції зубного ряду
	Уявний	Уявлення про те, що ступінь больових відчуттів відображає ступінь незворотних ушкоджень	Когнітивне навчання. Формування сприйняття болю як маркера відновлення тканин та нервових закінчень

Таблиця 2

Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту на дефектоцентрованому етапі медико-психологічного супроводу

Етап	Тип дефекту	Мішень	Психотехніка
Дефектоцентрований	Естетичний	Ірраціональні побоювання щодо дефекту зовнішності через неможливість перевірити результати операції	Раціоналізуюча демонстрація рентгенограм хворого з наочним поясненням результатів оперативного втручання
	Функціональний	Уявлення щодо стійкого характеру феноменів післяопераційного набряку	Раціоналізуюча консультація з поясненням сутності післяопераційних набряків, роз'яснення переваг проведеного оперативного втручання
	Одонтологічний	Уявлення щодо незворотних ушкоджень зубів та щелепи	Раціоналізуюча демонстрація хворому клінічних ілюстрацій успішної реконструкції зубного ряду в аналогічних випадках
	Уявний	Страх порушення загоювання операційної рани з формуванням множинних дефектів	Раціоналізуюча демонстрація хворому можливих ускладнень та пояснення низької ймовірності їх виникнення у його випадку

Таблиця 3

Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту на реабілітаційному етапі медико-психологічного супроводу

Етап	Тип дефекту	Мішень	Психотехніка
Реабілітаційний	Естетичний	Обмеження активності у зв'язку з порушенням зовнішності	Десенсибілізація та поведінкове навчання. Повторні бесіди щодо сутності порушень зовнішності. Навчання патернів поведінки, що приховують наявність дефекту
	Функціональний	Обмеження активності у зв'язку з порушенням функціонування органів обличчя	Десенсибілізація та тілесно-орієнтоване навчання. Повторні бесіди щодо сутності порушень функціонування органів обличчя. Навчання хворого самостійної стимуляції ушкоджених ділянок
	Одонтологічний	Обмеження активності у зв'язку з ушкодженнями зубного ряду	Раціоналізуюча демонстрація хворому клінічних ілюстрацій успішної реконструкції зубного ряду в аналогічних випадках
	Уявний	Обмеження активності у зв'язку із суб'єктивним сприйняттям зовнішності, без наявних ознак дефекту	Психоаналітично-орієнтоване консультування. Пошук ірраціональних ідей або спогадів, що роблять наявність дефекту вигідною для хворого, з подальшим їх знецінюванням

I етап — фобоцентризований, реалізується у два сеанси передопераційно (при плановому проведенні оперативного втручання). Лікар обговорює з пацієнтом отриману травму і пережитий травматичний досвід, після чого пояснює пацієнту їх причину і відмінності між травмою й операційним процесом.

Клінічний сенс: при травмах, пов'язаних із втратою свідомості, пацієнт чекає повторення травматичних відчуттів у рамках операції, асоціюючи анестезію з втратою свідомості, з тією різницею, що травма сталася миттєво, а операція передбачає тривалі негативні переживання.

Мета — нівелювання передопераційного страху, пов'язаного з травматичним досвідом. Необхідно обговорити з пацієнтом особливості дій хірурга та анестезіолога, акцентуючи увагу на тому, що операція є не повторною травмою, а способом лікування — «ставить пошкоджені фрагменти на свої місця», «замінює зламані фрагменти на нові».

II етап — алгоцентризований, реалізується у два сеанси. Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту подано в табл. 1.

Мета — нормалізація психічного реагування хворого на післяопераційний біль.

III етап — дефектоцентризований, реалізується у два — чотири сеанси. Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту подано у табл. 2.

Мета — профілактика можливих патологічних особистісних реакцій на післяопераційні явища.

IV етап — реабілітаційний, реалізується у два — вісім сеансів в останні дні стаціонарного лікування. Варіанти психотехнічного забезпечення залежно від типу посттравматично-післяопераційного дефекту подано у табл. 3.

Мета — психологічна реабілітація пацієнта, відновлення рівня активності та нівелювання тривоги з приводу можливості повторної травматизації.

Використання зазначеного протоколу медико-психологічного супроводу не вимагає кваліфікації у галузі психотерапії, при цьому успішно реалізує профілактику психологічних порушень у постопераційному періоді, що дає змогу в більшості випадків уникнути порушень лікарських рекомендацій (при реактивній післяопераційній депресії), аутоагресивної поведінки (при дисморфобічних

реакціях), іпохондрії і соціальних фобій (при відстрочених невротичних реакціях).

Таким чином, запропоновано систему медико-психологічного супроводу розробленої моделі реконструктивного оперативного втручання, спрямовану на нівелювання наявних факторів ризику ускладнень. Система реалізується у чотири етапи: фобоцентризований, алгоцентризований, дефектоцентризований, реабілітаційний.

Виявлено мішені та сформовано систему психотехнічного забезпечення медико-психологічного супроводу реконструктивного оперативного втручання в осіб, що перенесли травми щелепно-лицевої ділянки. Для кожного з етапів медико-психологічного супроводу розроблено методи психологічної корекції патологічних уявлень хворого, до яких віднесено: десенсибілізацію, когнітивне навчання, раціональну демонстрацію, раціональну консультацію, сугестію, психоаналітично-орієнтоване консультування, поведінкове навчання.

Список літератури

1. *Медведев В. Э.* Терапия депрессивных расстройств у пациентов реконструктивного и пластического хирурга / В. Э. Медведев, Т. В. Барсегян, А. В. Дробышев // Пластическая хирургия и косметология.— 2012.— № 3.— С. 401–407.
2. *Медведев В. Э.* Терапия непсихотических психических расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности / В. Э. Медведев, В. И. Фролова, Т. В. Барсегян // Российская стоматология.— 2013.— № 4.— С. 15–24.
3. Сучасний погляд на феномен дезадаптації стоматологічних хворих / Ш. Д. Таравнех, В. С. Табачнікова, Г. М. Кожина, М. В. Маркова // Медицина сьогодні і завтра.— 2013.— № 4.— С. 243–248.
4. *Hanly C.* Narcissism, hypochondria and the problem of alternative theories / C. Hanly // International J. of Psychoanalysis.— 2011.— № 92 (3).— P. 593–608.
5. Psychological consequences of maxillofacial trauma: A preliminary study / A. M. Hull, T. Lowe, M. Devlin [et al.] // Br. J. of Oral and Maxillofacial Surgery.— 2003.— № 41 (5).— P. 317–322.
6. Functional improvements after orthodontic-surgical reconstruction in a patient with multiple maxillofacial fractures / Y. Ishihara, S. Kuroda, A. Nishiyama [et al.] // Am. J. of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics.— 2012.— № 142 (4).— P. 534–545.

ДЕФЕКТ-ЗАВИСИМЫЕ ВАРИАНТЫ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЛИЦ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА

Д. М. СЕМЕНОВ

Представлены результаты обследования лиц, перенесших травмы челюстно-лицевого отдела, по его результатам разработаны варианты техник медико-психологического сопровождения

данного контингента больных в послеоперационном периоде в зависимости от типа посттравматически-послеоперационного дефекта.

Ключевые слова: медицинская психология, челюстно-лицевая хирургия, психотравма, послеоперационный период.

**DEFECT-RELATED VARIANTS OF MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT
IN PERSONS WHO SUFFERED MAXILLOFACIAL INJURIES**

D. M. SEMENOV

The results of examination of patients with injuries of the maxillofacial region are presented. Based on the results of the study, a technique for medical and psychological support of this group of patients in the postoperative period depending on the type of posttraumatic-postoperative defect was developed.

Key words: medical psychology, maxillofacial surgery, psychotrauma, postoperative period.

Надійшла 06.08.2018