

УДК 616.89-02:616.31-002]-085

Ш.Д. Таравнех

Харківська медична академія післядипломної освіти

ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ ЯК НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

Проведено комплексне обстеження 150 хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки. Виявлені клінічні варіанти і форми патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки. Вивчені характерологічні й особові особливості стоматологічних хворих, що сприяють їх дезадаптації.

Ключові слова: захворювання щелепно-лицьової ділянки, депресивні розлади, комплексна корекція розладів.

Вивченню стоматологічної патології, питань її профілактики та корекції присвячено чимало робіт, набагато менше робіт, що стосуються проблеми подолання хворими психоемоційного напруження, що виникає при стоматологічній терапії, і недостатньо досліджено питання адаптації до неї [1–3].

Сьогодні вже не потребує доказів роль психологічних (особистісних) чинників у розвитку будь-якого патологічного процесу та їх значення для результатів лікувальної дії. Це зумовлює необхідність системного, комплексного, міждисциплінарного підходу до діагностики й лікування порушення здоров'я людини, у тому числі й стоматологічного [3–5].

Незважаючи на сучасні можливості ефективного знебоління в клініці хірургічної стоматології, відвідування стоматологічного кабінету і госпіталізація в хірургічний стоматологічний стаціонар є стресовою ситуацією для пацієнтів, що супроводжується відчуттям тривоги. Немає таких хворих, які б не відчували страху перед оперативним втручанням. Стресові реакції пацієнтів у передопераційному періоді, викликаючи психоемоційне напруження, можуть заважати проведенню лікарських маніпуляцій та потребують корекції [6, 7].

© Ш.Д. Таравнех, 2013

За даними наукових розробок, 70–100 % стоматологічних хворих потребують психологічної підготовки, це свідчить про важливість і позитивний вплив психологічної підготовки хворого до стоматологічного оперативного втручання [6, 8].

Усе викладене визначає актуальність зазначеної проблеми й диктує необхідність її розв'язання.

Метою дослідження було комплексне вивчення патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки і розробка принципів їхньої корекції.

Матеріал і методи. З дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Харківського міського центру щелепно-лицьової та реконструктивної хірургії Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А.І. Мещанінова було проведено комплексне обстеження 150 хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки обох статей, у віці 18 – 55 років.

Результати та їх обговорення. Як показали отримані в ході роботи дані, найбільш часто хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки пред'яв-

ляють скарги на знижений фон настрою [(79,5±2,8) % обстежених], пригніченість [(46,2±3,4) %], плаксивість [(37,4±3,3) %], почуття смутку, туги [(39,5±3,3) %], відчуття тривоги, постійної внутрішньої напруги [(44,6±3,4) %], небажання спілкуватися [(42,3±3,4) %], труднощі в адаптації до знаходження в лікарні [(39,2±3,3) %], погану переносимість шуму і яскравого світла [(35,6±3,3) %], парестезії [(33,1±3,2) %], порушення циклу сон-неспаня [(76,2±2,9) %], загальну слабкість, млявість і швидко стомлюваність [(56,2±4) %]. У (64,7±3,3) % обстежених виникає стан розгубленості.

У всіх пацієнтів виявлялася астенична симптоматика, що проявлялася загальною слабкістю, нездужанням, швидко стомлюваністю, труднощами при зосередженні, низькою продуктивністю розумової й фізичної праці.

Згідно з даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження у обстежених хворих найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою й афект туги, тривожні прояви, астеничні симптоми, дратівливість, гіперестезія, почуття внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти емоційних розладів: тривожно-депресивний [(44,2±3,4) %], неврастенічний [(38,9±3,4) %] та астенопатичний [(16,9±2,1) %].

При тривожно-депресивному варіанті відзначається знижене тло настрою [(89,3±11,5) % обстежених], афект туги і тривоги [(85,7±13,0) %], різноманітні страхи і побоювання [(35,7±17,7) %], астеничні прояви [(53,6±18,5) %] та вегетативні пароксизми [(50,0±18,5) %].

Неврастенічний варіант проявлявся дратівливістю [(96,9±4,2) %], емоційною лабільністю [(96,9±4,2) %], експлозивністю [(83,1±9,1) %], афектом тривоги [(92,3±6,5) %], зниженням тла настрою [(69,2±11,2) %]. У (80,0±9,7) % хворих спостерігалися астеничні прояви, у (86,2±8,4) % – гіподинамія ($p < 0,05$).

Астенопатичний варіант характеризувався слабкістю, підвищеною стомлюваністю [(94,1±11,2) %], млявістю, виснаженням [(88,2±15,3) %], бездіяльністю, байдужістю,

відсутністю інтересу до спілкування [(64,1±11,2) %] на тлі зниженого настрою [(64,7±22,7) %], дратівливості [(23,5±20,2) %], підвищеної чутливості до раніше нейтральних подразників [(47,1±23,7) %], апатії [(90,9±17,0) %].

У більшості обстежених було виявлено різні порушення циклу сон-неспаня. Найбільш характерними були труднощі засипання з частими пробудженнями та жахливими сновидіннями [(76,2±2,9) %].

Психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера у обстежених хворих [(43,89±1,88) та (49,19±1,30) % відповідно], вищі середні рівні виразності астеничного стану за шкалою Л.М. Малкової і Т.Г. Чертової [(54,12±1,98) %], нервово-психічної напруги за шкалою Т.А. Немчіна [(48,38±1,79) %] та гіпотимії за шкалою Цунга [(50,30±1,66) %].

Найпоширенішими відхиленнями за зазначеними психодіагностичними шкалами, характерними для хворих з астенопатичним синдромом комплексом, були відхилення за шкалою астеничного стану [(63,6±28,4) %] і шкалою особистісної тривожності [(54,5±29,4) %]. Обстежені з неврастенічним синдромом характеризувалися високими рівнями астенії [(52,3±12,1) %] та особистісної тривожності [(67,7±11,4) %]. Хворі із тривожно-депресивним синдромом мали високу частоту відхилень за всіма перерахованими шкалами. Зокрема, за шкалами ситуативної та особистісної тривожності перевищення нормативних значень відзначалося у (53,6±18,5) і (82,1±14,2) % обстежених, за шкалою астеничного стану – у (71,4±16,7) %, за шкалою гіпотимії Цунга – у (67,9±17,3) % та за шкалою нервово-психічної напруги – у (42,9±18,3) % обстежених.

Результати психологічного дослідження за методикою СБОО показали, що хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки мають у середньому більш високі усереднені показники за всіма шкалами СБОО, але не перевищують нормативні. Найбільшим числом відхилень від нормативних величин характеризувалися хворі із тривожно-депресивним синдромом: (42,9±18,3) % обстежених мали парадоксально високі значення за шкалою «гіпоманії», (32,1±17,3) % – за шкалою «ригідності афек-

ту», $(25,0 \pm 16,0)$ % – за шкалами «імпульсивності» і «витиснення тривоги».

Для неврастенічного синдрому найбільш характерними були відхилення за шкалами «гіпоманії» й «витиснення тривоги», що спостерігалися з однаковою частотою – $(24,6 \pm 10,5)$ %. Серед хворих з астенопатичним синдромом $(52,9 \pm 23,7)$ % мали піки за шкалою «гіпоманії», «соматизації тривоги» та «психастенії», які спостерігалися з однаковою частотою – $(36,4 \pm 28,4)$ %.

Базуючись на отриманих в ході роботи даних, розробили й апробували комплексну систему психологічної корекції емоційних розладів у хворих із флегмонами щелепно-лицьової ділянки, що складалася із чотирьох послідовних етапів.

I етап – формування комплаєнсу, спрямоване на встановлення продуктивного контакту між лікарем і пацієнтом.

II етап – підготовка до оперативного втручання, що включає корекцію відношень до хвороби, формування уявлень про прогноз післяопераційного періоду, мотивація до проведення оперативного втручання, зміна тривожної й депресивної установок.

Список літератури

1. Гуменюк Л.Н. Биопсихосоциальные факторы риска формирования дезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / Л.Н. Гуменюк, В.А. Рослякова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2010. – № 1–2 (24–25). – С. 103–106.
2. Табачникова В.С. Особенности адаптационных нарушений у больных с дефектами зубов и зубных рядов / В.С. Табачникова // Архив психиатрии. – 2005. – Т. 11, № 2 (41). – С. 214–218.
3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев // К., 2004. – 1062 с.
4. Абрамов В.А. Психическая дезадаптация / В.А. Абрамов, Д.С. Лебедев // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – Донецк, 1996. – № 1 (2). – С. 34–38.
5. Гуменюк Л.Н. Эмоциональные нарушения в структуре депрессивных расстройств у больных с опухолями челюстно-лицевой области / Л.Н. Гуменюк, В.А. Рослякова // Новини на науния прогрес-2010: Матер. за VI междунар. научна практ. конф. – София, Бял ГРАД-БГ ООД. – 2010. – Т. 5. – С. 27–29.
6. Кожина А.М. Новые возможности в терапии тревожных расстройств / А.М. Кожина, Л.М. Гайчук // Экспериментальна і клінічна медицина, 2011. – № 1 (50). – С. 139–142.
7. Кокун О.М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти / О.М. Кокун // Актуальні проблеми психології. – Т. 5, вип. 4: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / за ред. С.Д. Максименка. – К.: Міленіум, 2005. – С. 77–85.
8. Табачникова В.С. Особенности психологического состояния больных со стоматологической паталогией / В.С. Табачникова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2 (10). – С. 93–97.

III етап – корекція емоційної реакції на оперативне втручання, що спрямована на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію відносин до хвороби, регенерацію особистісної активності.

IV етап – закріплення й підтримка результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, фіксації на поліпшеному самопочутті.

Висновки

1. Клінічна структура емоційних розладів у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки представлена тривожно-депресивним, неврастенічним та астенопатичним синдромами.

2. Хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки мають високі рівні особистісної та ситуативної тривожності, гіпотимії, астенії та нервово-психічної напруги.

3. Отримані в ході роботи дані визначають основні напрямки психологічної корекції патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки.

Ш.Д. Таравнех

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Проведено комплексное обследование 150 больных воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области. Выявлены клинические варианты и формы патопсихологических особенностей больных воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области. Изучены характерологические и личностные особенности стоматологических больных, способствующие их дезадаптации.

Ключевые слова: заболевания челюстно-лицевой области, депрессивные расстройства, комплексная коррекция расстройств.

Sh.D. Taravneh

STUDY OF PSYCHOLOGICAL STATE OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE SOFT TISSUES MAXILLOFACIAL AREA AS AN INTEGRAL PART OF DENTAL CARE

The paper contains a comprehensive survey of 150 patients with inflammatory diseases of soft tissue in maxillofacial area. Revealed clinical variants and forms patopsyholohichnyh features of patients with inflammatory diseases of soft tissue in maxillofacial area. Studied characterological and personality differences in dental patients, contributing to their exclusion.

Key words: diseases of maxillofacial area, psychic disorders, complex correction of disorders.

Поступила 08.01.14