

УДК 616.89-008.19-02:616.318-002:617.52

*Ш.Д. Таравнех*

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

## **МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ІЗ ЗАПАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ М'ЯКИХ ТКАНИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**

У 166 пацієнтів обох статей із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки з позицій системного підходу досліджені клінічна структура і особливості формування емоційних порушень. Структура неспсихотичних афективних розладів у хворих представлена тривожно-депресивним, тривожно-іпохондричним, астенодепресивним, депресивно-іпохондричним, депресивно-апатичним і дисфоричним варіантами емоційних порушень. Найбільш стресогенними для хворих із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки є діагностичний етап і етап вступу до стаціонара, вони характеризуються переважанням тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного і депресивно-іпохондричного синдромів; для передопераційного етапу характерні тривожно-депресивні порушення з обсесивно-фобічними включеннями; на післяопераційному етапі домінують астено- і тривожно-іпохондричні прояви і депресивно-апатичний варіант. Запропонована система медико-психологічної корекції емоційних розладів у хворих із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки.

**Ключові слова:** флегмони щелепно-лицьової ділянки, емоційні розлади, медико-психологічна корекція.

Гнійні запальні процеси є однією з найскладніших проблем сучасної медицини, особливе місце серед них належить тим, що локалізуються в щелепно-лицьовій ділянці. Згідно статистичним даним хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки становлять від 40 до 60 % від загальної кількості хірургічних стоматологічних хворих. Підвищення ефективності лікування флегмон щелепно-лицьової ділянки має не тільки медичне, але й соціально-економічне значення, оскільки висока частота й тяжкість перебігу даної патології обумовлюють ріст тривалості тимчасової непрацездатності, випадків інвалідності й летального результату [1–4].

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, 6].

Накопичено значну кількість емпіричних даних про стресорні впливи на людину ушкоджень зубощелепної системи й взагалі органів

і тканин щелепно-лицьової ділянки, однак системний підхід до рішення цих проблем відсутній. Запальні стоматологічні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки розглядаються, як правило, у відриві від особистості пацієнта, і якщо їх зв'язок зі станом соматичного здоров'я ще враховується, хоча й не завжди, то психологічні, соціально-психологічні й соціальні аспекти стоматологічної патології в основному залишаються без належної уваги дослідників і лікарів [2, 7].

Метою дослідження було вивчити специфіку формування неспсихотичних афективних розладів у хворих із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки.

Було проведено комплексне медико-психологічне і психодіагностичне обстеження 166 хворих із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки, із них 85 – хворі з флегмонами, локалізованими в одній анатомічній ділянці (легкого ступеня важкості), 81 – з флегмонами, локалізованими у двох і більше анатомічних ділянках (середнього ступеня важкості). Основну групу склали 106 хворих, які отримували разом із традиційним плановим хірургічним лікуванням психологічну

© Ш.Д. Таравнех, 2015

корекцію, групу порівняння – 60 хворих, які одержували планове хірургічне стоматологічне лікування.

Хворим із флегмонами, локалізованими в одній анатомічній ділянці (легкого ступеня важкості), притаманні скарги на знижений фон настрою, пригніченість, плаксивість, почуття суму й туги, тривоги, постійного внутрішнього напруження, небажання спілкуватися, труднощі в адаптації до знаходження в стаціонарі, погана переносимість шуму й яскравого світла, парестезії, порушення циклу сон–неспанья, загальна слабкість, млявість і швидко стомлюваність, розгубленість.

Для хворих із флегмонами, локалізованими у двох і більше анатомічних ділянках (середнього ступеня важкості), були характерні знижений фон настрою [(76,2±5,4) %] з почуттям туги й безнадійності [(46,3±3,4) %], втрата інтересу до навколишніх подій [(38,4±2,1) %], виражене зниження загальної активності й підвищена стомлюваність навіть при незначному навантаженні [(67,2±5,4) %], зниження здатності до зосередження [(30,2±3,1) %], присутність об'єктивних ознак психомоторної загальмованості [(41,2±3,4) %], у висловленнях пацієнтів чітко звучали тривожні побоювання щодо можливих невдач у лікуванні, відчуття напруженості, скутості, збудженості, наявність нав'язливих думок про характер захворювання [(56,2±4,4) %]. Нав'язливі думки підсилювалися у вечірній і нічний час, що перешкоджало засипанню. Порушення сну полягали в кошмарних сновидіннях, переривчастості сну, ранньому пробудженні з неможливістю заснути.

Астенічна симптоматика, що проявлялася загальною слабкістю, нездужанням, швидкою стомлюваністю, труднощами при зосередженні, низькою продуктивністю розумової й фізичної праці, була характерною для усіх пацієнтів [8].

У структурі тривожно-депресивного варіанта [(40,9±2,8) %] домінували подавлені настрої з почуттям тривоги й страху, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, песимістична оцінка перспектив хірургічного лікування з очікуванням несприятливих його наслідків, больового синдрому. При цьому у хворих із флегмонами середнього ступеня важкості виявлялася крайня лабільність афекту у зв'язку із супутніми соматичними факто-

рами – виразне посилення тривожної й депресивної симптоматики аж до нестерпної напруги, відчуття паніки, розгубленості в поєднанні з почуттям розпачу й безвихідності. Найчастіше епізоди загострення тривоги супроводжувалися приєднанням дисфоричного афекту з невдоволенням і драгівливістю, відзначалися вибухи гніву при незначних розбіжностях із сусідами по палаті, медичним персоналом, лікарем, які закінчувалися слізливістю з почуттям слабкості й скаргами на погіршення соматичного стану.

Тривожно-іпохондричний варіант [(30,4±2,6) %] проявлявся вираженою емоційною напруженістю з надмірною зосередженістю й фіксацією на стані свого здоров'я, іпохондрично забарвленими фобіями, постійним занепокоєнням і страхами перед операцією, її наслідками й можливими ускладненнями.

При астенодепресивному синдромі [(11,5±1,8) %] у клінічній картині пригнічений настрої поєднувався з вираженим виснаженням – пацієнти акцентували увагу на нездатності як до фізичної, так і психічної активності. Також спостерігалися явища гіперстезії, що виражались підвищеною збудливістю, драгівливістю з найменшого приводу, що змінюється слізливістю. Поряд із цим у більшості пацієнтів спостерігалися ангедонія, психомоторна загальмованість, слабкість концентрації уваги з неуважністю, забудливістю, нездатністю зосередитися.

Депресивно-іпохондричний варіант [(7,0±1,4) %] проявлявся, головним чином, у підвищеній увазі до своїх тілесних відчуттів, перебільшеними побоюваннями за результат післяопераційного періоду, страхом розвитку ускладнень, що сполучалися з депресивним симптомокомплексом.

У клінічній картині депресивно-апатичного синдрому [(5,4±1,3) %] переважали загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужість до всього та депресивний фон настрою.

Дисфоричний синдром [(4,8±1,2) %] характеризувався тужно-злобно-похмурих настроєм. У хворих відзначалися драгівливість із періодично виникаючими спалахами люті, гніву й злості, які іноді супроводжувалися агресією, спрямованою на найближче оточення (членів родин, що здійснюють догляд за пацієнтами, і медичний персонал).

Результати психодіагностичного дослідження показали, що для обстежених хворих найбільш типовими є наступні особистісні риси: низька комунікативність, тривожна недовірливість, схильність до драматизації, негативна оцінка подій і фактів, іпохондричний фон настрою, невпевненість у собі, егоцентризм, нерівноваженість, дратівливість.

Кожний з виділених варіантів емоційних розладів у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки мав деякі особливості залежно від етапу лікувально-діагностичного процесу. Так, найбільш стресогенними для пацієнтів виявилися діагностичний етап і етап надходження до стаціонара, клінічно найбільш характерними для цього етапу були депресивний [(67,2±2,9) %], тривожно-іпохондричний [(19,4±2,6) %] і депресивно-іпохондричний [(11,5±3,4) %] варіанти.

На передопераційному етапі, що охоплював період з моменту інформування хворого про день операції до безпосередньо оперативного втручання, посилювалась інтенсивність переживань пацієнтів. У клінічній картині домінували депресивні порушення з obsесивно-фобічними включеннями [(78,3±3,4) % пацієнтів].

Характерною особливістю післяопераційного етапу була редукція виразності всіх негативно забарвлених емоційних переживань пацієнтів. На цьому етапі домінували астено- і тривожно-іпохондричні прояви – (35,8±3,7) й (21,6±1,4) % відповідно, і депресивно-апатичний синдром – (28,3±2,3) % випадків.

Результати психологічного дослідження за методикою СБОУ показали, що хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки мали більш високі показники по всіх шкалах СБОУ, але такі, що не перевищують нормативні [8].

Психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної й особистісної тривожності, виразності нервово-психічної напруги [8].

### Література

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. *Тимофеев А.А.* Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / А.А. Тимофеев. – К., 2004. – 1062 с.
3. *Павленко А.В.* Профилактика и коррекция адаптационных расстройств в комплексном лечении больных с дефектами зубов и зубных рядов / А.В. Павленко, В.С. Табачникова // Архив психиатрии. – 2004. – Т. 10, № 2 (37). – С. 235–236.

Для обстежених хворих були характерні егоцентричний [(21,7±1,3) %], гармонійний [(26,1±1,5) %], сенситивний [(7,2±1,3) %], неврастенічний [(7,2±1,3) %], іпохондричний [(8,7±1,3) %], тривожний [(13,2±1,3) %] й obsесивно-фобічний [(15,9±1,3) %] типи відношень до хвороби.

У всіх обстежених хворих відзначався дисгармонійний – примітивний або невротичний – тип стоматологічної культури, який не сприяв адаптації; у більшості – низький рівень обізнаності в питаннях стоматологічної гігієни і особливо психогігієни, а також неправильна оцінка існуючих у них стоматологічної патології, свого ставлення до неї та необхідного лікування.

Для покращення якості допомоги хворим із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки необхідно проводити системні заходи медико-психологічної допомоги. Система медико-психологічної допомоги повинна включати формування комплаєнсу, психоосвіту та психокорекцію, спрямовану на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію відносин до хвороби, регенерацію особистісної активності пацієнтів.

Таким чином, специфіка формування емоційних розладів у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки обумовлена особистісними особливостями хворих, високими рівнями ситуативної й особистісної тривожності, нервово-психічної напруги.

Найбільш стресогенними для хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки є діагностичний етап і етап надходження до стаціонара, що характеризуються перевагою тривожно-депресивного, тривожно-іпохондричного і депресивно-іпохондричного синдромів. Для передопераційного етапу характерні тривожно-депресивні порушення з obsесивно-фобічними включеннями; на післяопераційному етапі домінують астено- і тривожно-іпохондричні прояви і депресивно-апатичний синдром.

4. Рекова Л.П. Профілактика та передопераційна корекція стресових реакцій у хворих з одонтогенними запальними процесами на амбулаторному прийомі: автореф. дис. ... канд. мед. наук; 14.01.22 – стоматологія; Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупіка МОЗ України / Л.П. Рекова. – К., 2010. – 16 с.

5. Табачникова В.С. Особенности психологического состояния больных со стоматологической патологией / В.С. Табачникова // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2006. – № 2 (10). – С. 93–97.

6. Рослякова В.А. Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В.А. Рослякова // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 1 (25). – С. 85–88.

7. Таравнех Ш.Д. Емоційні розлади у хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки / Ш.Д. Таравнех // Архів психіатрії. – 2011. – № 4 (67). – С. 39–40.

8. Таравнех Ш.Д. Вивчення психологічного стану хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицьової ділянки як невід'ємна складова стоматологічної допомоги / Ш.Д. Таравнех // Експериментальна і клінічна медицина. – 2013. – № 4 (61). – С. 170–173.

### **Ш.Д. Таравнех**

#### **МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

У 166 пациентов обоего пола с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области с позиций системного подхода исследованы клиническая структура и особенности формирования эмоциональных нарушений. Структура непсихотических аффективных расстройств у больных представлена тревожно-депрессивным, тревожно-ипохондрическим, астенодепрессивным, депрессивно-ипохондрическим, депрессивно-апатическим и дисфорическим вариантами эмоциональных нарушений. Наиболее стрессогенными для больных воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области является диагностический этап и этап поступления в стационар, они характеризуются преобладанием тревожно-депрессивного, тревожно-ипохондрического и депрессивно-ипохондрического синдромов; для предоперационного этапа характерны тревожно-депрессивные нарушения с обсессивно-фобическими включениями, на послеоперационном этапе доминируют астено- и тревожно-ипохондрические проявления и депрессивно-апатичный вариант. Предложена система медико-психологической коррекции эмоциональных расстройств у больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области.

**Ключевые слова:** флегмоны челюстно-лицевой области, эмоциональные расстройства, медико-психологическая коррекция.

### **Sh.D. Taravneh**

#### **FEATURES FORMATION OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE SOFT TISSUES OF THE MAXILLOFACIAL REGION**

In 166 patients of both sexes with inflammatory soft tissue maxillofacial region since the system approach investigated clinical features of the structure and formation of emotional disorders. For patients with inflammatory diseases of soft tissue maxillofacial region characterized by high levels of emotional stress, a sharp increase in negative emotions, affect anxiety, asthenia syndrome and hypochondriacal symptoms. The structure of the non-psychotic affective disorders in patients with inflammatory diseases of soft tissue maxillofacial represented anxiety-depression, anxiety and hypochondriacal, asthenic-depressive, depressive-hypochondriacal, depressive-apathetic and dysphoric variants of emotional disorders. More stressful for patients with inflammatory diseases of the soft tissues of the maxillofacial region is the diagnostic stage and the stage of admission, are characterized by a predominance of anxiety and depression, anxiety and hypochondriacal and depressive-hypochondriac syndromes for preoperative phase is characterized by anxiety and depressive disorders with obsessive-phobic inclusions, in the post-operative phase is dominated asthenic- and anxiety hypochondriacal symptoms and depressive-apathetic syndrome. It is proposed a system of medical and psychological treatment of mood disorders in patients with inflammatory diseases of the soft tissues of the maxillofacial region.

**Key words:** cellulitis maxillofacial, emotional disorders, psychological adjustment.

Поступила 30.03.15