

**ПСИХОЛОГІЯ В ХІРУРГІЇ**

УДК 616.31-089/048:612.821

**Ш. Д. Таравнех, к. мед. н.**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**О НЕОБХОДИМОСТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПОДХОДА  
К ОКАЗАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ  
С ФЛЕГМОНАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

*В ходе работы проведено комплексное обследование 166 больных разных полов с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области. С позиций системного подхода исследована клиническая структура и особенности формирования эмоциональных нарушений.*

*Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к предоставлению стоматологической помощи больным с флегмонами челюстно-лицевой области, которая включает в себя кроме хирургического вмешательства, изучение эмоционального состояния пациентов и использование методов медико-психологической коррекции.*

**Ключевые слова:** стоматологическая помощь, флегмоны, эмоциональные нарушения.

**Ш. Д. Таравнех**

Харківська медична академія післядипломної освіти

**ПРО НЕОБХІДНІСТЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОГО ПІДХОДУ  
ДО НАДАННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ  
З ФЛЕГМОНАМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ**

*В ході роботи проведено комплексне обстеження 166 хворих різних статей із запальними захворюваннями м'яких тканин щелепно-лицьової області. З позицій системного підходу досліджена клінічна структура та особливості формування емоційних порушень.*

*Отримані дані свідчать про необхідність комплексного мультидисциплінарного подходу до надання стоматологічної допомоги хворим з флегмонами щелепно-лицьової області, що включає в себе окрім хірургічного втручання, вивчення емоціонального стану пацієнтів та використання методів його медико-психологічної корекції.*

**Ключові слова:** стоматологічна допомога, флегмони, емоційні порушення.

**Sh. D. Tarawneh**

Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education

**ON THE NEED FOR A MULTIDISCIPLINARY APPROACH  
TO THE PROVISION OF DENTAL CARE TO PATIENTS WITH PHLEGMON  
OF MAXILLOFACIAL AREA**

*The complex examination of 166 patients of both sexes with the inflammatory diseases of soft tissues of maxillo-facial part was held in the course of the work. The clinical structure and the peculiarities of the formation of emotional disorders were studied with system approach.*

*The findings speak of the necessity of complex multi-discipline approach in stomatological aid to the patients with phlegmons of maxillo-facial part, including, in addition to the surgical invasion, the investigation of the emotional state of the patients and the use of the methods of medical-and-psychological correction.*

**Key words:** stomatological aid, phlegmons, emotional disorders.

Проблемы, связанные с расстройствами адаптации при стоматологической патологии, сегодня одни из наиболее актуальных, учитывая их широкую распространенность, приводящую к

снижению трудоспособности больных, нарушению социальной адаптации и снижению качества жизни [1, 4].

Посещение стоматолога часто является стрессом, связанным со страхом ожидания, напряженностью и вегетативной дистанией. Часто больные собираются к стоматологу с чувством вины, предполагая, что сами во многом виноваты в своих проблемах. Страх и чувство вины ведут к пренебрежению регулярными осмотрами у стоматолога. [5, 6]

Основной и ведущей причиной эмоционального напряжения у стоматологических больных является ожидание и переживание боли. В отличие от других ощущений переживание боли определяется не только, а часто и не столько сенсорным, сколько эмоциональным компонентом (реакцией личности на боль). Страх перед зубо-врачеванием проявляется как следствие и запоминание перенесенной боли, тошноты, инъекций, рассказов об этом родителей, знакомых. Однажды возникший страх в результате лечения зубов и других стоматологических вмешательств, вызвавших боль, оставляет следовую реакцию, отрицательную установку на лечение,

вследствие чего больной старается избегать стоматологического кресла. [2-4].

Как показал анализ данных литературы, в клинической характеристике психических расстройств у стоматологических больных на первом месте стоят эмоциональные нарушения. Чаще всего встречаются аффективные реакции и депрессивные состояния. Под аффективными реакциями, по данным литературы, принято понимать кратковременные вспышки раздражительности, тревоги, неудовлетворенности, возникающие в ответ на те или иные психотравмирующие факторы. [1, 4, 5]

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости более глубокого и детального изучения современных факторов риска и причин развития непсихотических эмоциональных расстройств у стоматологических больных.

**Цель исследования.** Комплексное изучение особенностей формирования и клинической структуры эмоциональных расстройств у больных воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области.

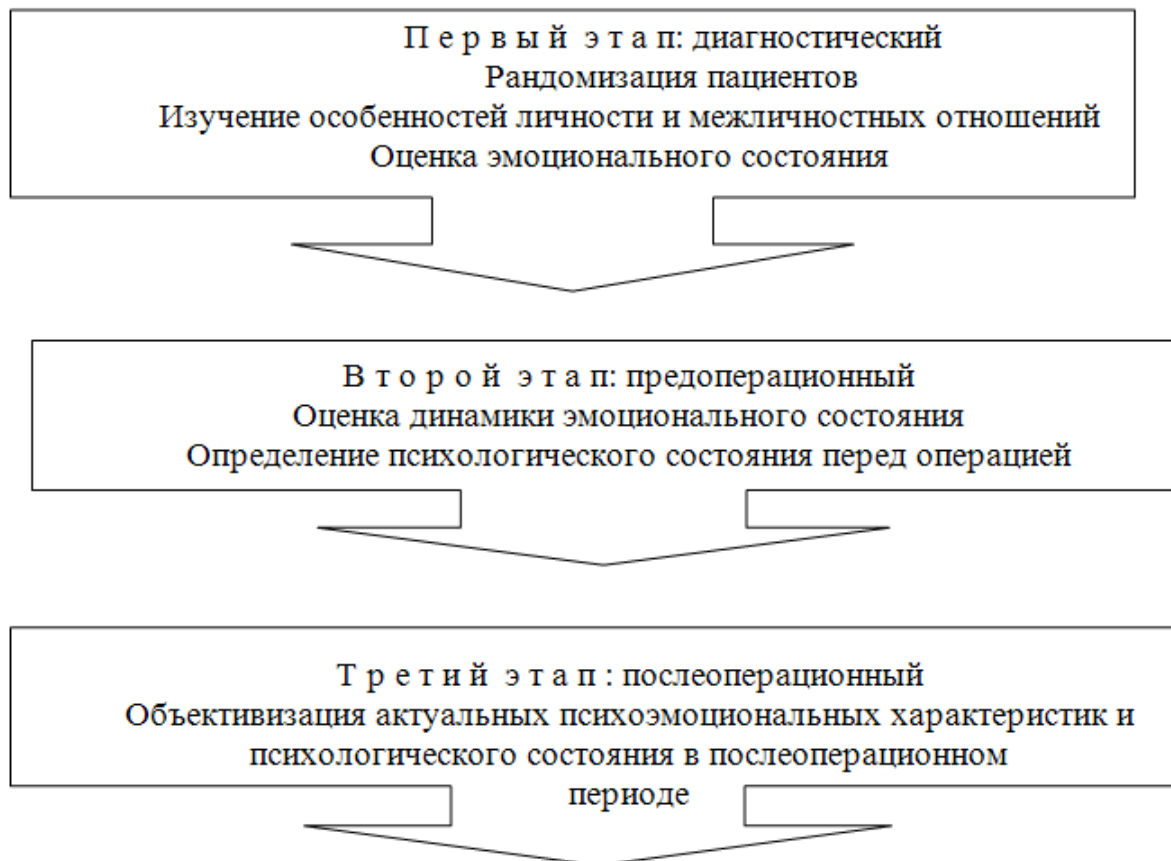


Рис. Этапы исследования.

Для достижения поставленной цели нами с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Харьковского городского центра челюстно-лицевой и реконструктивной хирургии

Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова было проведено комплексное обследование 166 больных обоего пола

с воспалительными заболеваниями мягких тканей челюстно-лицевой области обоих полов, в возрасте 18-55 лет. Из них 85 – больные с флегмонами, локализованными в одной анатомической области (легкой степени тяжести), 81 – больные с флегмонами, локализованными в двух и более анатомических областях (средней степени тяжести).

Тяжело больные с флегмонами мягких тканей дна полости рта, шеи, половины лица, а также сочетанием флегмон височной области с подвисочной и крылонебной ямками в исследовании включены небыли.

Основную группу составили 106 больных получавших наряду с традиционным плановым хирургическим лечением психологическую коррекцию.

Группу сравнения – 60 больных, которые получали плановое хирургическое стоматологическое лечение.

Исследование проводилось в несколько этапов, последовательность которых отражена на рисунке.

Как показали полученные в ходе работы данные наиболее часто больные с флегмонами, локализованными в одной анатомической области (легкой степени тяжести) предъявляют жалобы на: сниженный фон настроения (79,5±2,8 % обследованных); подавленность (46,2±3,4 %); плаксивость (37,4±3,3 %). Чувство грусти, тоски (39,5±3,3 % опрошенных); чувство тревоги, постоянного внутреннего напряжения (44,6±3,4 %); нежелание общаться (42,3±3,4 %); трудности в адаптации к нахождению в стационаре (39,2±3,3 %); плохую переносимость шума и яркого света (35,6±3,3 %); парестезии (33,1±3,2 %); нарушения цикла сон-бодрствование (76,2±2,9 %); общую слабость, вялость и быструю утомляемость (56,2±1,4 %). У 64,7±3,3 % обследованных возникают состояния растерянности.

Для больных с флегмонами, локализованными в двух и более анатомических областях (средней степени тяжести), характерны сниженный фон настроения (76,2±5,4 %) с чувством тоски и безнадежности (46,3±3,4 %), утрата интереса к окружающим событиям (38,4±2,1 %), выраженное снижение общей активности и повышенная утомляемость даже при незначительной нагрузке (67,2±5,4 %), снижение способности к сосредоточению (30,2±3,1 %), присутствие объективных признаков психомоторной заторможенности (41,2±3,4 %), в высказываниях пациентов отчетливо звучат тревожные опасения относительно возможных неудач в лечении, ощущение напряженности, скованности, взвин-

ченности, наличие навязчивых мыслей о характере своего заболевания. Навязчивые мысли усиливаются в вечернее и ночное время, что препятствует засыпанию. Кроме того, нарушения сна характеризуются кошмарными сновидениями, прерывистым сном, ранним пробуждением с невозможностью уснуть.

Обследованные отмечают у себя периоды нетерпимости к себе (47,3±3,4 % обследованных), неспособность к самоконтролю (45,2±3,4 %) и адекватной оценки последствий своих поступков (36,1±3,3 %). (p<0,05)

Нарушение запоминания текущих событий отметили у себя 47,7±3,4 % опрошенных. Довольно часто встречаются навязчивые воспоминания пережитого (19,3±2,7 %), возникающие внезапно, независимо от желания. Жалобы на повышенную истощаемость внимания предъявляли 41,8±3,4 % обследованных. Большое число больных отмечало трудности в понимании смысла полученной информации 45,1±3,4 %, а также жаловались на наличие навязчивых мыслей и опасений 41,7±3,4 %. (p<0,05).

В ходе клинического обследования выявлена широкая распространенность астенических проявлений – больные предъявляют жалобы на общую слабость, вялость, быструю утомляемость, трудность сосредоточиться, у лиц с резидуально-органической патологией достоверно чаще возникли раздражительность при напряжении и утомлении, плохая переносимость шума и яркого света, вегетативная лабильность, головные боли, головокружения, тахикардия, большое количество различных соматических жалоб (p< 0,05).

Таким образом, в структуре эмоциональных расстройств у больных с флегмонами челюстно-лицевой области доминируют депрессивные и тревожные проявления.

В клинической картине депрессивных расстройств наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски (скука, уныние, грусть, печаль), астенические симптомы (повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий).

Структуру депрессивного эпизода наряду с аффективными нарушениями составляли снижение побуждений утрата интересов, апатия, а также выраженная интеллектуальная и физическая утомляемость даже при незначительном напряжении, трудности в концентрации внимания, нарушение сосредоточенности, высокая утомляемость при интеллектуальных нагрузках.

Для клинической картины тревожных расстройств характерен сниженный фон настроения, раздражительность, гиперестезии, чувство тоски, тревоги, внутреннего напряжения, беспокойства с невозможностью расслабиться. Преобладает чувство неопределенной тревоги, как будто должно произойти что-то страшное, случиться какая-то беда с близкими родственниками.

При этом содержание беспокойства непонятно. Чувство тревоги усиливается под влиянием неблагоприятных психологических факторов. Тревога нарастает к вечеру, к вечеру ухудшается и общее самочувствие, усиливается и различные неприятные ощущения во внутренних органах.

Особенностью аффективных расстройств у обследованных, является их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами.

При этом, как показали результаты нашего исследования, к основным факторам риска развития эмоциональных расстройств у обследованных нами больных были степень тяжести и локализация воспалительного процесса, а также особенности личности пациента.

При сравнительном анализе психологических особенностей больных установлено, что у больных с флегмонами челюстно-лицевой области преобладали механизмы психологической защиты, приводившие к вытеснению аффекта. При этом, для обследованных с флегмонами легкой степени тяжести были присущи рационализация, проекция и регрессия, а для больных с флегмонами средней степени тяжести формирование реакции, компенсация, рационализация.

Таким образом, эмоциональные расстройства, нарушения вегетативного гомеостаза, собственно соматические симптомы, снижение уровня социального функционирования образуют единую патогенетическую сущность болезни, соответствуя на патогенетическом уровне синдромам межсистемной и внутрисистемной дезинтеграции.

На основе полученных в ходе работы данных были выделены следующие варианты эмоциональных расстройств у обследованных больных: тревожно-депрессивный, тревожно-ипохондрический, астено-депрессивный, депрессивно-ипохондрический, депрессивно-апатический и дисфорический.

В структуре тревожно-депрессивного варианта (40,9±2,8 %), доминируют подавленное настроение с чувством тревоги и страха, внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться, пессимистическая оценка перспектив хирургического лечения с ожиданием неблагоприятных его последствий, болевого синдрома.

При этом у больных с флегмонами средней степени тяжести выявляется крайняя лабильность аффекта в связи с сопутствующими соматическими факторами – отчетливое утяжеление тревожной и депрессивной симптоматики вплоть до непереносимого напряжения, ощущения паники, растерянности в сочетании с чувством отчаяния и безысходности. Зачастую эпизоды обострения тревоги сопровождаются присоединением дисфорического аффекта с недовольством и раздражительностью, отмечаются вспышки гнева при незначительных разногласиях с соседями по палате, медицинским персоналом, лечащим врачом, которые заканчиваются слезливостью с чувством слабости и жалобами на ухудшение соматического состояния.

Тревожно-ипохондрический вариант (30,4±2,6 % пациентов) проявляется выраженной эмоциональной напряженностью с чрезмерной сосредоточенностью и фиксацией на состоянии своего здоровья, ипохондрически окрашенными фобиями, постоянным беспокойством и страхами перед операцией, ее последствиями и возможными осложнениями.

При астено-депрессивном варианте (11,5±1,8 %) в клинической картине угнетенное настроение сочетается с выраженным истощением – пациенты акцентируют внимание на неспособности ни к физической, ни к психической активности. Также наблюдаются явления гиперестезии, выражающиеся повышенной возбудимостью, раздражительностью по малейшему поводу, которая сменяется слезливостью.

Наряду с этим у большинства пациентов наблюдаются ангедония, психомоторная заторможенность, слабость концентрации внимания с рассеянностью, забывчивостью, неспособностью сосредоточиться. Депрессивно-ипохондрический вариант (7,0±1,4 % пациентов) проявляется, главным образом, в повышенном внимании к своим телесным ощущениям, преувеличенными опасениями за исход послеоперационного периода, страхом развития осложнений, сочетающимися с депрессивным симптомокомплексом.

В клинической картине болезни ведущее место занимали ипохондрически окрашенные фобии с опасениями, что во время приступа может наступить внезапная смерть или им вовремя не окажут помощь. Редко трактовка фобий выходила за рамки указанной фабулы. Сенестопатии отличались ипохондрической фиксацией, особенностью которых была частота их интракраниальной локализации, а также различные вестибулярные включения (головокружения, атаксия). Реже основу сенестопатий составляли вегетативные нарушения.

В клинической картине депрессивно-апатического варианта (5,4±1,3 %) преобладают общая слабость, вялость, психомоторная заторможенность, безынициативность, ангедония, безразличие ко всему и депрессивный фон настроения. Больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию, характерными были жалобы на быструю утомляемость и раздражительность.

Дисфорический вариант (4,8±1,2 %) характеризуется тоскливо-злобно-мрачным настроением. У больных отмечается раздражительность с периодически возникающими вспышками ярости, гнева и злобы, иногда сопровождаемыми агрессией, направленной на ближайшее окружение (членов семей, осуществляющих уход за пациентами, и медицинский персонал).

По клиническим особенностям и тяжести в их структуре преобладали астеноипохондрические проявления (43,6±4,2 %), раздражитель-

ность (67,2±3,8 %), аффект злобы (39,2±4,1 %). Нередко формировались протестные реакции (43,6±4,2 %). У ряда больных наблюдались агрессивные действия (12,3±2,9 %).

Как показали результаты исследования, для клинической картины аффективных расстройств у больных с флегмонами челюстно-лицевой области облигатными явились вегетативно-сосудистые пароксизмы.

Каждый из выделенных синдромов имеет некоторые особенности у больных в зависимости от этапа лечебно-диагностического процесса. Так, наиболее стрессогенным для пациентов является диагностический этап и этап поступления в стационар, клинически наиболее характерными для этого этапа являются тревожно-депрессивный (67,2±2,9 % пациентов), тревожно-ипохондрический (19,4±2,6 %) и депрессивно-ипохондрический (11,5±3,4 % больных) синдромы (табл.)

Таблица 1

**Динамика эмоциональных расстройств у больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области в зависимости от этапа лечебно-диагностического процесса**

	Диагностический	Поступления в стационар	Предоперационный	Послеоперационный
Тревожно-депрессивный	67,2	68,1	69,2	10,1
Тревожно-ипохондрический	19,4	19,8	19,1	21,6
Депрессивно-ипохондрический	11,5	10,2	9,4	28,3
Астено-депрессивный	1,1	0,5	1,3	35,8
Депрессивно-апатический	0,7	1,1	0,5	2,2
Дифорический	0,1	0,3	0,5	2,0

Примечание: (p<0,05)

На предоперационном этапе, который охватывает период с момента информирования больного о дне операции до непосредственно оперативного вмешательства, отмечается усиление интенсивности переживаний пациентов. Доминируют в клинической картине тревожно-депрессивные нарушения с обсессивно-фобическими включениями (78,3±3,4 % пациентов).

Актуальное психоэмоциональное состояние перед операцией у больных с флегмонами челюстно-лицевой области характеризовалось наличием синдрома психоэмоционального напряжения, однако его содержание выявилось различным. Так, у обследованных наблюдался полный спектр астенических проявлений, особенно часто – неустойчивое настроение (81,9±3,9 %), раздражительность (75,2±4,3 %), быстрая утомляемость (71,9±4,5 %) и снижение работоспособности (71,9±4,5 %), апатия (71,1±4,5 %), причем у всех больных в клинической картине имелось сочета-

ние нескольких симптомов (p≤0,05).

Вегетативные расстройства и сердечно-сосудистые нарушения проявлялись повышением или снижением артериального давления, сердцебиениями, болями в области сердца; среди мужчин частота встречаемости и выраженность астенических симптомов были меньше (p≤0,05). Психологические характеристики предоперационного психоэмоционального состояния характеризовались низкой сопротивляемостью стрессу, а также высокими показателями всех видов тревоги.

Характерной особенностью послеоперационного этапа является редукция выраженности всех негативно окрашенных эмоциональных переживаний пациентов. На этом этапе доминируют астено- и тревожно-ипохондрические проявления (35,8±3,7 % и 21,6±1,4 % соответственно), и депрессивно-апатический синдром (28,3±2,3 % пациентов).

Клиническая картина дезадаптационных из-

менений у пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді виявилась значально більше різноманітної. Найбільше високий рівень стресу спостерігався у жінок (середній балл серед жінок склав  $2,87 \pm 0,64$ ); у чоловіків середній показник психосоціального стресу склав  $2,65 \pm 1,26$ . Крім того, практично у всіх досліджуваних була виявлена недостатня здатність до опору стресу і низький рівень соціальної адаптації: ступінь опору стресу виявилась, склала  $357,57 \pm 18,9$  баллів у жінок і  $312,4 \pm 17,8$  баллів у чоловіків.

Вищеизложенное свидетельствует о необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к оказанию стоматологической помощи больным с флегмонами челюстно-лицевой области, включающим в себя помимо хирургического вмешательства, изучение эмоционального состояния пациентов и использование методов его медико-психологической коррекции.

### **Список литературы**

1. **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.
2. **Рекова Л. П.** Профілактика та передопераційна корекція стресових реакцій у хворих з одонтогенними запальними процесами на амбулаторному прийомі: дис... канд. мед. наук: 14.01.22 / Рекова Л. П. – Київ, 2010. – 183 с.
3. **Рослякова В. А.** Клинико-психопатологическая характеристика депрессивных расстройств непсихотического уровня у больных с опухолями челюстно-лицевой области / В. А. Рослякова // Медична психологія. – Т.7. – № 1(25). – 2012. – С. 85-88
4. **Табачникова В. С.** Восприятие боли и психологическая адаптация к лечению у стоматологических больных / В. С. Табачникова // Таврический журнал психиатрии. – 2006. – Т.10, №11(34). – С.111-115.
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. **Тимофеев А. А.** Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Тимофеев А. А. – Киев, 2004. – 1062 с.

Поступила 24.02.15

