

ПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ТРАВМИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОГО ВІДДІЛУ, І ПРОТОКОЛ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ

Запорізький державний медичний університет МОЗ України

Розроблено систему медико-психологічного супроводу пацієнтів, що перенесли травми щелепно-лицьового відділу, за допомогою клініко-анамнестичного та психодіагностичного методів. Запропоновано методику комбінованого застосування реконструктивного хірургічного втручання та технік медико-психологічного супроводу хворих у післяопераційному періоді.

Ключові слова: щелепно-лицьова хірургія, психотравма, післяопераційний період.

Ушкодження щелепно-лицьової ділянки посідають значне місце у структурі хірургічної патології в Україні, що корелює з високою частотою звернень до спеціалізованої клініки пацієнтів із травматичними ураженнями лицьового черепа [1, 2]. Разом із тим відомо, що сама наявність щелепно-лицьового дефекту, а надто — необхідність звернення по хірургічну допомогу з цього приводу супроводжуються складним комплексом патологічних особистісних реакцій, переживань, значним зростанням психоемоційного навантаження та підвищенням рівня невротизації. Деформації щелепно-лицьової ділянки нерідко мають значні естетичні дефекти, що пов'язано із фізичним та психологічним дискомфортом, через те погіршується якість життя та рутинне функціонування пацієнта, вони стають причиною інвалідизації [3, 4].

Щелепно-лицьова патологія входить до сфери компетенції стоматології і є важливою міждисциплінарною проблемою. Окрім хірургічних та стоматологічних клінік, пацієнти із патологією зазначеного кола потребують включення у терапевтичний континуум як косметологічних, так і психотерапевтичних та медико-психологічних систем лікування й супроводу [5, 6].

Питання психоемоційного стану та психічного здоров'я у стоматологічних хворих є недостатньо розробленими у сучасному професійному співтоваристві. Лише останніми роками з'являються повідомлення авторів, які досліджують вплив наявності щелепно-лицьових дефектів та пов'язаних із ними психоемоційних навантажень на характер перебігу лікування [6, 7]. Психоемоційні розлади у зазначеній групі пацієнтів розглядаються у контексті підвищеної сенситивності до фізичних та психічних подразників, емоційної лабільності, проявів психастенічного кола. У ряді повідомлень описуються також коморбідні до щелепно-лицьової патології порушення психіки патоперсоналогічного, невротичного та патопсихологічного генезу [1, 5].

Комбінований патологічний вплив соматичних та психологічних стресорів є фактором, що значно підвищує ризик ускладнень у післяопераційному періоді (за рахунок порушень комплаєнсу та патологічних форм поведінки, зумовлених психологічним стресом) [3, 4].

Мета нашого дослідження — розробити систему медико-психологічного супроводу осіб, що перенесли травми щелепно-лицьового відділу.

На базі клінічної лікарні № 5 екстреної і швидкої допомоги м. Запоріжжя проведено обстеження 120 осіб із травмами різного характеру у щелепно-лицьовій ділянці (верхня та нижня щелепи). Контингент пацієнтів розділено на групи згідно з методикою проведення хірургічних втручань.

У ході дослідження використано клініко-анамнестичний, психодіагностичний методи.

На первинному етапі було проаналізовано типові локуси травматичного ураження щелепно-лицьової ділянки з метою виявлення зв'язку традиційних технік реконструктивних оперативних втручань та психологічних ризиків у післяопераційному періоді (табл. 1).

Надалі на основі результатів дослідження спектра психологічних порушень у контингенті хворих було проведено аналіз механізмів формування психологічних розладів у післяопераційному періоді при різних варіантах стійких післяопераційних ускладнень (табл. 2).

Для подальшого дослідження зв'язку психологічних порушень та стійких післяопераційних ускладнень необхідно виключити вплив психотравмуючих чинників передопераційного періоду та ранніх передопераційних стресів, що дуже важкі для хворих, які перенесли травми щелепно-лицьової ділянки. З цією метою створено методику комбінованого застосування реконструктивного хірургічного втручання та технік медико-психологічного супроводу хворих у післяопераційному періоді, що є чотириетапним протоколом.

Таблиця 1

Хірургічні та медико-психологічні характеристики різних варіантів ушкоджень щелепно-лицьової ділянки

Тип ушкодження	Традиційний вид реконструктивного хірургічного втручання	Хірургічний ризик	Психологічний ризик
Перелом нижньої щелепи	Відкрита репозиція із зовнішнім доступом	Формування естетичного дефекту (порушення міміки, хронічні набряки)	Невротичні розлади депресивного кола, психоемоційне виснаження
Перелом альвеолярного відростка щелепи	Закрита репозиція та накладення шини	Формування одонтологічного (порушення функції зубів) та естетичного дефектів (асиметрія нижньої щелепи)	Дисморфофобія, порушення самооцінки та самоприйняття
Перелом верхньої щелепи	Закрита репозиція та накладення шини	Формування функціонального дефекту (фіброз верхньої щелепи із її патологічною рухомістю)	Дисморфофобія, порушення самоприйняття, порушення особистості за демонстративним типом
Перелом виличних кістки і дуги	Закрита репозиція	Формування функціонального дефекту (фіброз вилиці із подальшою патологічною рухомістю)	Психоемоційне виснаження, психогенні больові розлади
Перелом кісток носа	Закрита репозиція і тампонада йодоформним тампоном	Інфікування бинту із розвитком септичних ускладнень із подальшим формуванням естетичних та функціональних дефектів	Дисморфофобія, психоемоційне виснаження, іпохондричні розлади
Перелом назоорбітального етмоїдального комплексу	Закрита репозиція	Формування естетичного та функціонального дефектів (інконгруентне співставлення фрагментів кісток із асиметрією)	Тяжкі депресивні розлади невротичного рівня, дисморфофобія, психоемоційне виснаження, соціальна ізоляція

Таблиця 2

Концепція кумуляції хірургічних та психологічних ризиків при різних типах стійких післяопераційних ускладнень після травм щелепно-лицьової ділянки

Тип дефекту	Характер психологічних ускладнень	Механізм формування психологічних порушень	Порушення перебігу післяопераційного періоду
Естетичний (розвиток стійких порушень анатомічних структур обличчя або мімічних функцій)	Гострі патоафективні реакції депресивного кола	Уявлення про некомпетентність лікаря; відчуття власної віктимності	Протидія (негативізм) рекомендаціям медичного персоналу
	Невротична дисморфофобія та соціальні фобії	Надцінне прагнення усунення порушень зовнішності	Самостійні спроби корекції зовнішності без урахування протипоказань
	Деформація особистості за демонстративним типом	Використання дефекту задля отримання уваги та співчуття; маніпулятивна поведінка	Необґрунтоване кверулянтство та сутяжництво відносно лікаря
Функціональний (порушення функцій органів зони травматичного ушкодження, патологічна мобільність кісткових структур)	Хронічні патоафективні розлади депресивного кола	Відчуття безперспективності лікування, прийняття дефекту як стигми	Нехтування (ігнорування) рекомендаціями медичного персоналу
	Стійкі психастенічні стани	Виснаження за рахунок постійного персистуючого дискомфорту при виконанні рутинних дій	Приєднання функціональних соматоневрологічних (церебралгії, безсоння) та психовегетативних розладів (функціональні синдроми)
Одонтологічний (порушення цілісності або функціонування зубного апарату)	Патоафективні розлади тривожного (триожно-іпохондричного) кола	Постійне очікування виникнення нових одонтологічних порушень (втрата зубів, розвиток запальних процесів та ін.)	Надмірне виконання рекомендацій медичного персоналу (надкомплаєнтність)

Медико-психологічний супровід передбачає 8–18 сеансів співбесіди лікаря-стоматолога з хворим у перед- та післяопераційному періоді. Тривалість кожного сеансу становить 15–30 хв, послідовно реалізується завдання корекції психологічного стану хворого.

I етап — передопераційний (теророцентрований), реалізується у два сеанси передопераційно (якщо це дозволяють обставини). На цьому етапі лікар обговорює з пацієнтом отриману травму і його відчуття, після чого пояснює пацієнту їх причину і відмінності між травмою та операційним процесом. 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 спричиняє тривалі негативні переживання.

Метою цього етапу є 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 — ранній післяопераційний (алгоцентрований), реалізується у два сеанси. На цьому етапі лікар проводить асоціацію між швидкістю відновлення тканин і больовим синдромом, акцентуючи увагу на тому, що больовий синдром є ознакою функціонування нервових зв'язків і свідчить про адекватну чутливість тканин.

Метою II етапу є нормалізація психічного регування хворого на післяопераційний біль.

III етап — відстрочений післяопераційний (ранній дефектоцентрований), реалізується у два — чотири сеанси. Лікар роз'яснює механізми загоєння операційної рани, демонструє схему пластичних прийомів проведеного оперативного втручання, акцентуючи увагу на тому, що період життя з естетичним дефектом не буде тривалим.

Метою цього етапу є профілактика можливих патологічних особистісних реакцій на післяопераційні явища.

IV етап — пізній післяопераційний (пізній дефектоцентрований), реалізується у два — вісім сеансів. На цьому етапі лікар просить хворого розповісти про свої побоювання з приводу травми й оперативного втручання. Він розвіює ірраціональні страхи хворого шляхом апеляцій до свого досвіду і наочних демонстрацій. Слід акцентувати увагу на тому, що перенесена травма після періоду реабілітації не може бути приводом для побоювань і обмеження діяльності.

Мета цього етапу — психореабілітація пацієнта, нівелювання тривоги з приводу можливості повторної травматизації.

Використання зазначеного протоколу медико-психологічного супроводу не вимагає кваліфікації в області психотерапії, при цьому за його допомогою успішно реалізується профілактика психологічних порушень у постопераційному періоді, що дає змогу в більшості випадків уникнути порушень лікарських рекомендацій (при реактивній післяопераційній депресії), аутоагресивної поведінки (при дисморфофобічних реакціях), іпохондрії і соціальних фобій (при відстрочених невротичних реакціях).

Аналіз ефективності розробленого протоколу наразі перебуває на етапі кумуляції даних.

Таким чином, у ході дослідження встановлено основні хірургічні та психологічні ризики при наданні хірургічної допомоги хворим на травматичні ураження щелепно-лицьової ділянки різної локалізації.

Сформовано методику комбінованого застосування реконструктивного хірургічного втручання та технік медико-психологічного супроводу хворих у післяопераційному періоді, що є чотириетапним протоколом. Запровадження протоколу допоможе проводити профілактику психологічних порушень після хірургічного лікування у хворих із травмою щелепно-лицьового відділу.

Список літератури

1. Дубровин М. С. Медико-социальные особенности больных с повреждениями челюстно-лицевой области / М. С. Дубровин, И. С. Копецкий, В. С. Полунин // *Лечебное дело.*— 2012.— № 4.— С. 92–94.
2. 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.
3. *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.
4. 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.
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. *Медведев В. Э.* Терапия непсихотических психических расстройств у пациентов, обращающихся за хирургической коррекцией внешности /

- В. Э. Медведев, В. И. Фролова, Т. В. Барсемян //
Российская стоматология.— 2013.— № 4.— С. 15–24.
7. Management of maxillofacial trauma in emergency: An update of challenges and controversies / A. Jose, S. A. Nagori, B. Agarwal [et al.] // J. of Emergence, Trauma and Shock.— 2016.— № 9 (2).— P. 73–80.

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМЫ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ОТДЕЛА, И ПРОТОКОЛ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СОПРОВОЖДЕНИЯ**

Д. М. СЕМЕНОВ

Разработана система медико-психологического сопровождения пациентов, перенесших травмы челюстно-лицевого отдела, с помощью клинико-anamnestического и психодиагностического методов. Предложена методика комбинированного применения реконструктивного хирургического вмешательства и техник медико-психологического сопровождения больных в послеоперационном периоде.

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

**PSYCHOLOGICAL DISORDERS IN VICTIMS OF MAXILLOFACIAL INJURIES
AND A PROTOCOL OF THEIR MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT**

D. M. SEMENOV

A system of medical-psychological support for victims of maxillofacial injuries was developed using clinical-anamnesic and psychodiagnostic methods. A technique for the combined use of reconstructive surgical intervention and techniques for medical and psychological support of the patients in the postoperative period was suggested.

Key words: maxillofacial surgery, psychotrauma, postoperative period.

Надійшла 25.01.2018