

◎ О некоторых особенностях
психоэмоционального статуса
пациентов с дефектами и
деформациями костей лицевого
черепа.

Ю.А. Никаноров

Научный руководитель: д.мед.н.,

проф. Чайковская И.В.

Лицо человека играет важную роль в его социальной адаптации и восприятии его родными и близкими. Любые изменения, отличные от привычного ему и окружающим внешнему виду – оказывают негативное воздействие на его психоэмоциональный статус, а в случае присоединения функциональных нарушений зубочелюстной системы, связанных с дефектами и деформациями костей лицевого черепа – могут вызывать серьезные психические девиации

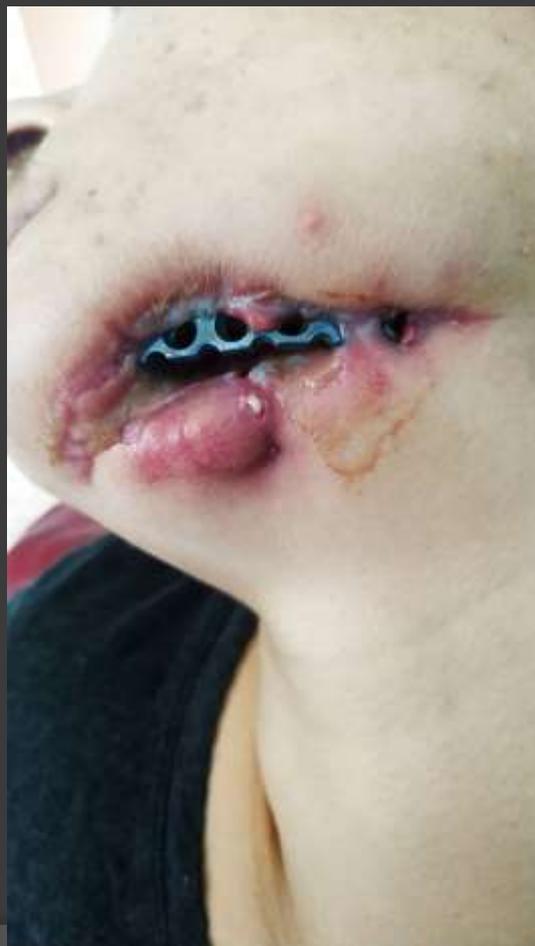
ПациенткаТ.

Рентгенограмма лицевого черепа, визуализируется отсутствие левой половины нижней челюсти, вследствие резекции по поводу токсического бисфосфонатного остеомиелита челюстей.



Пациентка Т.

Внешний вид раны. Визуализируется
«отторгающаяся» реконструктивная титановая
балка



Пациентка Л. Послеоперационный дефект верхней челюсти, после удаления опухоли: верхней челюсти, неба, нижней стенки орбиты.



Клинический пример комбинированного дефекта - верхней челюсти и орбиты, после резекции верхней челюсти, по поводу остеомиелита челюстей. Протез выполняет косметическую функцию, частично разобщая полость рта с полостью носа и орбиты



Данные литературы свидетельствуют о том, что у больных с дефектами и деформациями костей лицевого черепа на первом месте стоят эмоциональные нарушения. Как правило, это депрессивные состояния или аффективные реакции.

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

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

Под нашим наблюдением, в условиях челюстно-лицевого хирургического отделения №1 ЦГКБ№1 г. Донецка, находилось 27 пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области. Мужчин 19, женщин 8. Средний возраст составлял 34 ± 5 лет.

Изъяны челюстно-лицевой области образовались в результате различных этиологических факторов – опухолевого роста (3), как результат огнестрельной (либо минно-взрывной) травмы (4), остеомиелитического процесса (20).

Исследовался психозмоциональный фон пациентов перед и после реконструктивного оперативного лечения.

В качестве скрининг-метода использовались тестовые методики:

САН (самочувствие, активность, настроение – В.А.Доскин и соавт., 1973)

КОДВИОНС (клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний – К.К.Яхин, Д.М.Менделевич в 1978)

шкала депрессии Гамильтона (HDRS).

Для тревожных состояний было характерно снижение настроения, раздражительность гиперестезия, беспокойство, тревога (нарастающая к вечеру). Для депрессивных состояний наиболее часто наблюдалась подавленность, скука, уныние, вялость, трудности концентрации внимания.

При проведении тестирования в послеоперационном периоде не отмечено достоверных изменений, свидетельствующих о положительной динамике психоэмоциональных показателей.

Выводы:

1. формирование психических расстройств у данной категории пациентов оказывают влияние несколько типов факторов, ведущими среди которых являются:

а) психогенные б) экзогенные (оперативное вмешательство, наркотическое обезболивание) в) личностные (преморбидные личностные особенности).

2.отсутствие положительной динамики в послеоперационном периоде свидетельствует о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий психофармакотерапии

3. вышеизложенное свидетельствует о необходимости комплексного мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи пациентам с дефектами и деформациями лица

Благодарю за внимание!