

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Дусмухамедов Д.М., Ашуров З.Ш.

ЖАҒЛАРНИНГ НУҚСОНЛАРИ ВА ШАКЛ БУЗИЛИШЛАРИ БОР БЕМОРЛАРДА ПСИХОЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТИ

Дусмухамедов Д.М., Ашуров З.Ш.

PSYCHEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH DEFECTS AND DEFORMATIONS OF JAWS

Dusmukhamedov D.M., Ashurov Z.Sh.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Мақсад: жағларда нуқсон ва шакл бузилишлари (ЖНШБ) бор беморларда психоэмоционал ҳолатни баҳолаш. **Материал ва усуллар:** тадқиқотда ТДСИ жарроҳлик стоматология поликлиникасида ЖНШБ билан 2009-йилдан 2017-йилгача диспансер назоратда турган 67 нафар бемор иштирок этишди. **Натижа:** натижалар таҳлили шуни кўрсатдики, 57% беморларда кўрқув хисси юқори. Шу билан бир қаторда невротик ҳолат 68% беморларда, депрессив реакциялар 41% беморларда учраб, бу каби психоэмоционал бузилишлар шахснинг патологик ривожланишига олиб келиши ва бу ҳолат умрнинг сўнгигача таъсир қилиши мумкин. **Хулоса:** ЖНШБ беморларни даволаш ва реабилитацияси катта қийинчилик туғдиради ва алоҳида беморларни психологик реабилитациясини талаб этади.

Калит сўзлар: жағларнинг нуқсонлари ва деформациялари, психоэмоционал бузилишлар, жағларнинг нуқсонлари ва деформациялари бор беморларни психологик реабилитацияси.

Objective: To assess the psycho-emotional state of patients with defects and deformities of the jaws (DDJ). **Materials and methods:** The study involved 67 patients with DDJ who were at a dispensary in the clinic of a surgical stomatology department at the TSDI from 2009 to 2017. **Results:** Analyzing the results of the survey on the questionnaire, it should be noted a high level of anxiety in 57% of patients. Along with anxiety, the patients had psycho-emotional disorders, manifested by neurotic conditions of 68%, depressive reactions of 41% with a tendency to transition to the pathological personality development that affects the whole future life of a person. **Conclusions:** The treatment and rehabilitation of patients with DDJ causes great difficulties and requires additional measures to organize their psychological rehabilitation.

Key words: defects and deformities of the jaws, psycho-emotional disorders, mental rehabilitation of patients with dental and maxillary deformities.

Травмы челюстно-лицевой области остаются одной из актуальных проблем хирургической стоматологии, поскольку встречаются среди населения наиболее трудоспособного возраста. В структуре повреждений лицевого скелета дефекты и деформации челюстей (ДДЧ) составляют 85-90% [5,7]. Клиническое течение этих повреждений, как правило, сопровождается многочисленными функциональными нарушениями: ограничением или невозможностью открывания рта, невозможностью приёма обычной пищи, возникновением участков гипестезии, затруднением речи, нередко затруднением дыхания. Эти и другие факторы, а также присутствие ортопедических конструкций в полости рта негативно сказываются на психическом состоянии некогда здоровых лиц: они становятся робкими, замкнутыми, иногда озлобленными. Чувство неполноценности угнетает их и приводит к нарушению взаимоотношений с окружающими [1].

Известно, что повреждения челюстно-лицевой области вызывают у человека весьма тяжелые душевные переживания. Уродство лица пациент переносит гораздо тяжелее, чем потерю периферической части тела. Лицо для человека – это связующее звено в социальных взаимоотношениях [8]. Через лицо люди передают свои эмоции, свое внутренне и внеш-

нее мироощущение. И, следовательно, обезображивание лица человек переживает как глубокое потрясение основ личности. В его основе лежит способность человека отличать себя от своей жизнедеятельности, осознанное отношение к своим потребностям и способностям, влечениям, переживаниям и мыслям [10].

Большинство больных с дефектами и деформациями нижней челюсти, обращающихся за лечебной помощью, в первую очередь страдают от эстетических нарушений, вызванных дизокклюзией и деформациями челюстей. Из-за эстетических проблем у этих больных зачастую развиваются психические нарушения. Многие исследователи отмечают, что первоначально эти нарушения носят обратимый характер, и эффективное хирургическое лечение облегчает психическую реабилитацию больных с зубочелюстными деформациями [2,5].

А.А. Реан (2008) пишет, что дисморфомания возникает преимущественно в пубертатном и юношеском возрасте, в основном у девочек. Убежденность в присутствии мнимого или резко переоцениваемого физического недостатка чаще всего касается открытых частей тела (нос, уши, волосы, кожа, зубы, руки, ноги, рост) или неправильных отклонений организма (например, уверенность больного в том, что от его рта, прямой кишки или гениталий исхо-

дит зловоние). При этом «уродливым», с точки зрения больного, являются одна (монотематическая дисморфомания) или нескольких частей тела (политематическая дисморфомания) [3,9].

Возникновение «уродства» подростки порой объясняют неправильным поведением родителей, неблагоприятной наследственностью, собственными дурными привычками. Свою неприспособленность в жизни, все свои неудачи, отсутствие друзей больные связывают с уродством. Для того чтобы скрыть уродство от окружающих, подростки предпринимают различные способы их маскировки – носят особые прически, челки, шапки и шляпы, платья с длинными рукавами, черные плотные чулки, туфли на платформе. Такие подростки могут оказываться весьма активными в попытке исправления мнимого дефекта с помощью косметологов, хирургов, урологов, целеустремленно добиваясь сложных методов лечения, хирургического вмешательства или пластической операции [4,6]. При этом признание специалистами мнимого уродства как истинного и тем более оперативное вмешательство больным с дисморфоманией абсолютно противопоказано, так как попытка «коррекции» дефекта приводит лишь к усилению патологических идей.

Цель исследования

Оценка психоэмоционального состояния больных с дефектами и деформациями челюстей.

Материал и методы

В исследовании принимали участие 67 больных с ДДЧ, находящихся на диспансерном учете в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ в 2009-2017 гг. Распределение больных в зависимости от пола и возраста представлено в таблице.

Таблица

Распределение больных в зависимости от формы патологии и возраста

Форма патологии	Возраст, лет			Всего	
	14-19	20-24	25-35		
Врожденные ДДЧ	7/6	5/9	1/2	13/7	30
Приобретенные ДДЧ	5/8	8/10	2/4	15/2	37
Итого	26	32	9	67	

Примечание. В числителе данные лиц женского, в знаменателе – мужского пола.

Для достижения поставленной цели проводилось анкетирование с помощью двух вопросников. Клинический вопросник применялся для выявления и оценки невротических состояний. Тест, разработанный К.К. Яхиным и Д.М. Менделевичем (1978), предназначен для качественного анализа невротических проявлений и позволяет выявить основные синдромы невротических состояний по следующим шести шкалам: тревога, невротическая депрессия, астения, истерический тип реагирования, депрессивно-фобические нарушения (навязчивости), вегетативные нарушения. Вопросник содержит 68 вопросов. Испытуемому предлагается оценить свое текущее состояние по пятибалльной системе: 5 баллов – никогда не было, 4 балла – редко, 3 балла – иногда, 2 балла – часто, 1 балл – постоянно или всегда. Диагностические коэффициенты суммируют по ше-

сти шкалам и выстраивают график. Показатель больше +1,28 указывает на уровень здоровья, меньше – 1,28 – болезненный характер выявляемых расстройств.

Методика самооценки эмоциональных состояний (Уессман А., Рикс Д., 2004) применяется для самооценки эмоционального состояния и степени бодрствования. Измерение в этой методике производится в десятибалльной (стеновой) системе. Сумма баллов от 26 до 40 свидетельствует о том, что испытуемый высоко оценивает свое эмоциональное состояние, от 15 до 25 баллов – средняя оценка эмоционального состояния, от 4 до 14 баллов – низкая оценка.

Результаты исследования

Согласно результатам оценки качества в отдаленные сроки после комплексной терапии 84% респондентов акцентировали внимание на улучшении внешней лицевой эстетики, 71% – на нормализации функции жевания, 91,4% отмечали появление внутреннего психологического комфорта, 32% опрошенных указывали на восстановление нарушенной прежде артикуляции. Результаты теста А. Уессмана, Д. Рикса (2004) показали, что только 93% больных низко оценивают свое эмоциональное состояние, средняя оценка была только у 7% больных, высокая оценка отсутствовала. Анализ результатов обследования по вопроснику К.К. Яхина, Д.М. Менделевича (1978) показал, что высокий уровень тревоги сохраняется у 57% больных. Наряду с тревогой у больных отмечались психоэмоциональные расстройства, проявляющиеся невротическими состояниями (68%), депрессивными реакциями (41%) с тенденцией к переходу в патологическое развитие личности, которое влияет на всю дальнейшую жизнь человека.

При сопоставлении симптоматики нервно-психических нарушений с динамикой соматических расстройств была выявлена зависимость степени выраженности психических проявлений от тяжести челюстно-лицевой деформации и ее последствий. У 12% больных без психопатологических проявлений отмечалась нормальная реакция на полученную травму и деформацию. Кроме того, результаты тестирования показали, что женщины с челюстно-лицевой деформацией были более психотравмированными, чем мужчины. Невротические расстройства у женщин оказались значительно более выраженными. Уровень тревоги оказался минимальным, а невротические расстройства практически не проявлялись лишь у единственной больной с врожденной патологией.

По поводу этого ряд ученых высказывает мнение, что психические нарушения, сопровождающие врожденные уродства лица, по своим клиническим особенностям отличаются от психических расстройств, обусловленных косметическим дефектом, возникшим в результате механической травмы. В случае врожденного уродства они появляются у детей младшего школьного возраста обычно при насмешках и замечаниях по поводу их внешности со стороны сверстников. Эти болезненные состояния в виде невротических реакций являются следствием психотравмирующих ситуаций и быстро проходят. Психические расстройства у ребят старше-

го возраста и у взрослых более выражены [7]. Они характеризуются астеническими, депрессивными и фобическими симптомами и их сочетаниями. При механических травмах с обширным косметическим дефектом наблюдаются психогенные реакции с аффективно-шоковым компонентом, сменяющимся депрессивными и астено-депрессивными реакциями, а иногда и суицидальными тенденциями.

Таким образом, анализ литературы последних лет и результаты собственного исследования показали, что лечение и реабилитация больных с ДДЧ вызывает большие трудности и требует дополнительных мероприятий по организации их психологической реабилитации.

Литература

1. Бизюк А.П. Особенности формирования групп у подростков с различными психическими нарушениями. – М., 2009.
2. Буева Л.П. Клинические лекции по психиатрии подросткового возраста. – М., 2008.
3. Гурьева В.А., Семке В.Я., Гиндикин В.Я. Психопатология подросткового возраста. – М., 2012.
4. Захаров Л.И., Крылов Д.Н. Нервно-психическое здоровье учащихся и его классификация как снова профилактики и коррекции пограничных нарушений. – СПб, 2003.
5. Карелин А.А. Психологические тесты: Под ред. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2002.
6. Левченко И.Ю., Забрамная С.Д., Баилова Т.А. Психолого-педагогическая диагностика. – М.: Академия, 2003.
7. Личко А.Е. Неврозы и невротоподобные расстройства при акцентуациях характера подростков. – М., 2006.
8. Менделевич В.Д. Психология девятилетнего поведения. Учебное пособие. – СПб: Речь, 2005. – 445 с.
9. Пирмухаметова А.Т. Психоэмоциональное состояние

больных с челюстно-лицевой травмой // Успехи современной психиатрии. – 2014. – №6. – С. 125-126.

10. Реан А.А. Клиника дисморфомании подростков. – М., 2008.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

Дусмухамедов Д.М., Ашуров З.Ш.

Цель: оценка психоэмоционального состояния больных с дефектами и деформациями челюстей (ДДЧ). **Материал и методы:** под наблюдением были 67 больных с ДДЧ, находящихся на диспансерном учете в поликлинике хирургической стоматологии ТГСИ в 2009-2017 гг. **Результаты:** по результатам проведенного опроса высокий уровень тревоги отмечался у 57% больных. Наряду с тревогой, у больных имели место психоэмоциональные расстройства, проявляющиеся невротическим состоянием (68%), депрессивными реакциями (41%) с тенденцией к переходу в патологическое развитие личности, которое влияет на всю дальнейшую жизнь человека. **Выводы:** лечение и реабилитация больных с ДДЧ вызывает большие трудности и требует дополнительных мероприятий по организации их психологической реабилитации.

Ключевые слова: дефекты и деформации челюстей, психоэмоциональные расстройства, психическая реабилитация больных с зубочелюстными деформациями.