

Л. О. Герасименко

ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПАЦІЄНТІВ З ДЕФЕКТАМИ І ДЕФОРМАЦІЯМИ ОБЛИЧЧЯ

Особливе місце серед дефектів, які потребують реконструктивних втручань, займає патологія обличчя. Адже відомо, що навіть незначні uszkodження обличчя заподіюють людині косметичних незручностей та у більшості випадків викликають важку психічну травму [4, 6, 7]. Особливістю пацієнтів, які потребують проведення оперативних втручань з метою відновлення естетичного вигляду, є висока частота поширеності психічних розладів, які у переважній більшості мають безпосереднє відношення до дефектів та деформацій зовнішнього вигляду, що впливають на соціальну адаптацію та самосприйняття і потребують відповідної психотерапевтичної корекції [1, 5]. Проблема патологічного впливу косметичних дефектів та деформацій ділянки обличчя на психічне здоров'я, якість життя, адаптацію в суспільстві неодноразово досліджувались вітчизняними та зарубіжними авторами [2—4], але при цьому дослідження клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя лишається актуальним завданням сучасної психіатрії.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, які готуються до хірургічної корекції зовнішності.

Обстеження пацієнтів проходило на базі відділення реконструктивної пластичної хірургії 3-ї міської поліклініки м. Полтави. Для дослідження психічного стану пацієнтів, які перебували під нашим спостереженням, ми використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров'я.

У дослідженні брали участь 108 пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя. Вік пацієнтів був у межах від 19 до 52 років. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи відповідно до мотивів їх звертання за медичною допомогою.

До першої групи належали 46 пацієнтів, або 42,59 % від загальної кількості обстежених, які мали вроджені чи набуті дефекти і деформації обличчя, що помітно відхилялись від фізіологічної та естетичної норми, прийнятої у косметології, спотворювали зовнішність та були добре помітними при першому погляді на хворого. Пацієнтам цієї групи хірургічне реконструктивне втручання здійснювалось за абсолютними медичними показаннями.

Другу групу склали 62 пацієнти (57,41 % від загальної кількості обстежених), які мали незначні косметологічні дефекти і деформації обличчя, але при цьому фіксували на них невиправдано велику увагу в силу суб'єктивних факторів, були незадоволені своєю зовнішністю, бажали її покращити. Пацієнтам цієї групи оперативне реконструктивне втручання здійснювалось за відносними медичними показаннями.

Для дослідження психічного стану пацієнтів, які перебували під нашим спостереженням, ми використовували клініко-діагностичну оцінку стану їх психічного здоров'я.

Спадкової обтяженості психічними захворюваннями у жодного з обстежених пацієнтів виявлено не було, проте у частини з них спостерігались ознаки успадкування окремих дисгармонійно виражених характерологічних рис батьків.

Загальну зведену картину психічних розладів, виявлених у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, подано у таблиці.

Клінічна структура психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя (дані у %)

Психічний розлад	Групи обстежених		Усього, n = 108
	перша, n = 46	друга, n = 62	
Дистимія F 34.1	13,04	37,09	26,85
Соматоформні розлади F 45	6,52	22,58	15,74
Генералізований тривожно-фобічний розлад F41.1	8,70	6,45	7,41
Адаптаційні розлади F 43.2	8,70	3,22	5,56
Неврастенія F 48.0	26,09	9,67	16,67
Демонстративний розлад особистості F 60.4	—	14,51	8,33
Тривожний розлад особистості F 60.6	17,39	—	7,41
Залежний розлад особистості F 60.7	6,52	—	2,78

Згідно з отриманими даними із 108 обстежених 92 особи (85,19 %) мали нозологічно окреслену психічну патологію (з урахуванням поєднання різних варіантів діагнозів).

У загальній клінічній структурі виявлених психічних і поведінкових розладів найбільш широко представлена дистимія (26,85 %), дещо рідше спостерігались неврастенія (16,67 %) та соматоформні розлади (15,74 %).

При цьому структура виявлених психічних розладів мала значні відмінності при порівнянні різних груп обстежуваних. Так, у першій групі пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя найбільшу питому вагу мала неврастенія (26,09 %), а у другій групі найбільш поширеною нозологічною одиницею був хронічний афективний розлад у вигляді дистимії (37,09 %).

Згідно з отриманими результатами можна констатувати, що у першій групі найбільшу питому вагу мала неврастенія (F 48) — 26,09 %, другим за поширеністю був тривожний (унікаючий) розлад особистості (F 60.6) — 17,39 %, а третьою — дистимія (F 34.1) — 13,04 % обстежених.

Синдромальна структура діагностованих нами у цій групі психічних розладів загалом мала такий вигляд: тривожний синдром був виявлений у 36,96 % від загальної кількості обстежених, астено-невротичний —

30,43 %, тривожно-депресивний — 17,39 %, тривожно-іпохондричний — 13,04 %, дисморфобічний — 8,70 %, обсесивно-фобічний — 6,52 % діагностованих випадків.

Найбільш поширеним у цій групі пацієнтів з дефектами та деформаціями обличчя був тривожний синдром. Тривога проявлялась занепокоєнням з приводу очікуваних результатів оперативного втручання одночасно з відчуттям власної безпорадності у цій ситуації, та бажанням уникнути її. Тривожний афект виявляв зв'язок з психогенними та астенізуючими моментами.

Обстежені нами пацієнти першої групи найчастіше висловлювали скарги на тривогу (78,26 %), загальну слабкість (73,91 %), швидку стомлюваність (73,91 %), головні болі (58,69 %), різноманітні порушення сну (34,78 %), парестезії (26,09 %), розлади шлунково-кишкового тракту (21,74 %), тремор (19,56 %), м'язові болі (15,21 %), розлади статевої сфери (10,87 %) та больові відчуття в суглобах — 10,87 % обстежених.

Під час клінічного обстеження у пацієнтів цієї групи реєструвались такі психопатологічні прояви: емоційна неврівноваженість (89,13 %), вегетативна лабільність (6-0,86 %), дратівливість (54,35 %), важкість зосередження, концентрації уваги (43,48 %), невмотивований неспокій (30,43 %), нав'язливі думки та ритуальні дії (19,56 %), страхи (19,56 %), надмірне напруження з неможливістю релаксації — 17,39 % обстежених.

У другій групі найбільша кількість обстежених пацієнтів страждали на дистимію (F 34.1) — 26,85 %, досить поширеними були також соматоформні розлади (F 45) — 16,67 %, а також демонстративний розлад особистості (F 60.4) — 15,74 % осіб.

Синдромальна структура виявлених психічних розладів була такою: дисморфобічний — 78,26 %, астено-депресивні — 63,38 %, депресивно-іпохондричні — 58,69 %, тривожно-депресивні — 41,30 %, обсесивно-компульсивні — 28,26 %, а також істероформні симптомокомплекси у 15,21 % випадків.

У ході дослідження найбільш часто у пацієнтів другої групи було діагностовано дисморфобічний синдром. Основними характеристиками цього симптомокомплексу були активне прагнення до виправлення «дефекту», виражені ідеї відношення, депресивний або субдепресивний фон настрою.

Діагностичні рамки дисморфобічного синдрому включали як наявність ідеї фізичної вади, так і реальні, але перебільшені підстави для таких переконань.

Для більшості обстежених другої групи було притаманним гіпертрофоване прагнення приховати свій дефект. Стиль одягу, поведінка і навіть осанка в таких випадках спрямовувались на нівелювання зовнішніх проявів косметичної вади. Досить часто такі спроби були відверто невдалими і призводили до абсолютно зворотного результату. Іноді страх повернути увагу до себе та свого дефекту сприяли формуванню псевдоаутичної поведінки з обмеженням соціальних контактів — «симптом равлика».

Досить поширеною у цій групі пацієнтів була також депресивна симптоматика. Депресивний синдром характеризувався наявністю афекту туги різного ступеня вираженості. Пригнічений стан у більшості випадків був пов'язаний із переживаннями стосовно наявності дефекту чи деформації обличчя. Низька самооцінка, уявлення про свою недосконалість, неспроможність

та непривабливість супроводжувались негативною оцінкою теперішнього та майбутнього, переконанням у відсутності перспектив щодо можливості отримувати від життя задоволення. Для таких пацієнтів також були характерні порушення ритму сну, зниження лібідо, втрата апетиту. Слід зауважити, що моторний компонент депресивної тріади був виражений незначно та виявлявся переважно втратою швидкості та легкості виконання повсякденних дій.

В осіб з вродженими чи набутими в ранньому дитинстві косметичними вадами обличчя депресивні реакції були, як правило, нестійкими та виникали переважно безпосередньо у відповідь на психотравмуючі ситуації. Порівняно з пацієнтами, які мають косметичні дефекти чи деформації обличчя, що набуті в підлітковому чи зрілому віці, депресивна симптоматика у них була менш вираженою.

Клінічна картина депресивних проявів у осіб, формування косметичного дефекту яких проходило під час пубертатного періоду та пізніше, мала етапність розвитку. Першочерговим був етап посттравматичних стресових реакцій, по закінченні якого залишалась невротична симптоматика пограничного регістру, яка включала і депресивний синдром.

Депресивно-іпохондрична симптоматика відзначалась переважно у пацієнтів із соматоформними розладами, частина з яких (40,88 %) уже мали в анамнезі досвід звертання за допомогою до спеціалістів з пластичної хірургії. Для таких пацієнтів центральними в клінічній картині були прояви соматовегетативних порушень, що включали розлади апетиту, зниження лібідо, алгопатії. Фіксація пацієнта на подібній симптоматиці, а також на гіпотимічних проявах депресії поєднувалась з підвищеною рефлексією, адресованою соматичним проявам. Прагнення пацієнтів до пригнічення негативних емоцій приводило до збільшення проявів вегетативної симптоматики і, відповідно, ще більшого загострення побоювань за своє здоров'я. З поступовим зростанням тривожної симптоматики іпохондричні ідеї ставали більш стійкими, насиченими та афективно забарвленими.

Загалом же, найбільш частими у хворих другої групи були скарги на швидку втомлюваність, млявість, слабкість — 75,80 %, зниження настрою — 59,67 %, головні болі — 43,54 %, болі у шлунку — 41,93 %, нудоту — 40,32 %, болі у серці — 29,03 %, тривогу — 29,03 %, страхи — 20,96 % та порушення сну — 16,12 % обстежених пацієнтів.

Клінічна картина характеризувалась домінуванням астеничних (швидка втомлюваність, зниження працездатності, важкість зосередження) — 75,80 % та іпохондричних (чисельні соматичні скарги) — 59,67 % проявів, а також емоційної лабільності — 46,77 %, дратівливості — 46,77 %, плаксивості — 27,41 %, тремору — 24,19 % і різноманітних порушень сну у 16,12 % пацієнтів.

Серед соматовегетативних проявів домінували головний біль — 87,09 %, приливи жару — 41,93 %, метеочутливість — 41,93 %, відчуття оніміння та запаморочення у 14,51 % випадків.

Дистимія проявлялась пригніченим настроєм з афектом туги різного ступеня вираженості, зниженням працездатності, підвищенням втомлюваності, ангедонією, хоча в цілому, з основними потребами повсяк-

денного життя пацієнти справлялися, але «намагалися робити все через силу». Для них було характерним загострене прагнення до самоспостереження та труднощі у встановленні міжособистісних контактів.

Аналіз клініко-анамнестичних даних виявив, що депресивна симптоматика різного ступеня вираженості — від транзиторних реакцій до оформлених клінічних проявів — була притаманна цим пацієнтам майже весь час наявності у них косметичного дефекту чи деформації обличчя.

Обстеженим пацієнтам, що страждали на дистимію, була притаманна тривожна налаштованість і підозрілість щодо ворожості оточуючих (72,73 %), дисморфофобічні ідеї (65,55 %), ознаки астеничного симптомокомплексу (63,64 %) у вигляді: емоційної лабільності, дратівливості, зниження працездатності, швидкої втомлюваності. Соматовегетативний компонент цих розладів характеризувався головним болем (75,55 %), стенокардією (36,36 %), розладами шлунково-кишкового тракту у 36,36 % обстежених.

Тривожно-фобічна симптоматика поряд з основними проявами характеризувалась внутрішнім напруженням (91,23 %), емоційним пригніченням (74,22 %), головними болями (51,39 %), агрипнічними розладами (28,71 %), гіпертензією (17,80 %), кардіалгіями (17,80 %). Розлади сну мали переважно диссомнічний характер.

Вегетативні прояви у пацієнтів другої групи характеризувались соматовегетативними порушеннями з боку серцево-судинної системи (стенокардія, серцебиття, аритмії, дистонія) — 66,67 %, шлунково-кишкового тракту (біль у епігастрії, нудота, блювання, метеоризм, печія, проноси) — 33,33 %, головним болем — 33,33 % та порушеннями вегетатики (сухість у роті, пітливість, відчуття жару, оніміння) у 33,33 % випадків.

В цілому результати клініко-психопатологічного обстеження пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, поділених відповідно характеру їх показань до

здійснення хірургічної корекції зовнішності, свідчать про існування між ними суттєвих відмінностей у соматичному, сексуальному та психічному статусі, зокрема стосовно нозологічної та синдромальної структури виявлених неспсихотичних психічних розладів.

Загальною особливістю неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з дефектами і деформаціями обличчя, можна вважати високу питому вагу невротичних розладів у групі пацієнтів, що мають абсолютні показання для проведення реконструктивних оперативних втручань, та домінування афективної патології у групі пацієнтів з відносними показаннями.

Список літератури

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: РИФ Арсис ЛТД, 2000. — 159 с.
2. Неробеев А. И. Определение показаний к восстановительным операциям после удаления распространенных злокачественных опухолей головы и шеи // Вопросы онкологии. — 1983. — № 4. — С. 78—82.
3. Фришберг И. А. Эстетическая хирургия лица. — М.: ИКЦ Академкнига, 2005. — 276 с.: ил.
4. Шевандрин Н. И. Психодиагностика, коррекция и развитие личности. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. — 512 с.: ил.
5. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Уч. пособие. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
6. Табачникова В. С. Роль характерологических и личностных особенностей в нарушении адаптации стоматологических больных // Междунар. мед. журнал. — 2006. — Т. 12, № 3. — С. 17—21.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. — Самара: Изд. Дом БАХРАХ, 1998. — 672 с.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. — К.: Факт, 1999. — 272 с.

Надійшла до редакції 12.02.2007 р.

Л. А. Герасименко

Клинико-психопатологические особенности пациентов с дефектами и деформациями лица

ВГУЗ «Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

В результате проведенного исследования выявлены ряд достоверных отличий в распространенности и клинической картине психических расстройств у пациентов с абсолютными и относительными показаниями к проведению хирургической коррекции внешности. Полученные результаты имеют ценность для планирования и реализации психокоррекционной работы с этим контингентом пациентов.

Ключевые слова: дефекты лица, психические расстройства.

L. O. Gerasimenko

Clinic-psychological peculiarities of patients with face's defects and deformations

Ukrainian medical Stomatological Academy (Poltava)

As a result of the conducted research some reliable differences in prevalence and clinical picture of psychical disorders for patients with absolute and relative testimonies to conducting of surgical correction of exterior were revealed. The got results have a value for planning and realization of psychotherapeutically correction with this contingent of patients.

Key words: defects of face, psychical disorders.