

Галина Андреевна Ткаченко¹, Айрапет Ншанович Седракян²,
Владимир Александрович Яковлев³, Анатолий Сергеевич Арутюнов⁴,
Арсен Александрович Макаревич⁵, Давид Огроевич Санодзе⁶

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

¹ К. псих. н., медицинский психолог, отделение функциональной диагностики и госпитальной терапии
НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН
(115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

² К. м. н., заведующий отделением стоматологии НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина
РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, г. 24)

³ К. м. н., профессор, кафедра специальной и клинической психологии Российского государственного
социального университета (107150, РФ, г. Москва, ул. Вильгельма Пика, г. 4, корп. 2)

⁴ К. м. н., доцент, кафедра госпитальной ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Московский
государственный медико-стоматологический университет
(127473, РФ, г. Москва, ул. Делегатская, г. 20/1)

⁵ Врач-стоматолог, кафедра госпитальной ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Московский
государственный медико-стоматологический университет
(127473, РФ, г. Москва, ул. Делегатская, г. 20/1)

⁶ Аспирант, кафедра госпитальной ортопедической стоматологии ГОУ ВПО Московский
государственный медико-стоматологический университет
(127473, РФ, г. Москва, ул. Делегатская, г. 20/1)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии
РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, отделение функциональной диагностики и госпитальной терапии,
Ткаченко Галина Андреевна; e-mail: mitg71@mail.ru

Проведенное клинико-психологическое исследование показало, что у всех пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области отмечались различной степени выраженности психические изменения, которые наиболее ярко проявлялись в послеоперационном периоде, т. е. после хирургического лечения. Выявленные изменения представлены тревожно-депрессивным, обсессивно-фобическим, психопатическим синдромами.

Ключевые слова: психологический статус, злокачественные опухоли челюстно-лицевой области, социальная значимость заболевания.

В последние годы развитие онкологии и хирургии позволило расширить показания к радикальным хирургическим вмешательствам при онкологических заболеваниях челюстно-лицевой локализации, что увеличило продолжительность жизни этих больных [1]. Однако остается неудовлетворительным их качество жизни, так как хирургическое вмешательство, которое является обязательным компонентом в лечении этой патологии, приводит к различного рода косметическим дефектам и функциональным нарушениям.

Результаты многочисленных специальных исследований, проведенных в реконструктивно-восстановительной

хирургии молочной железы, показывают, что дефекты внешности, не имеющие существенного функционального значения с точки зрения медицины, приводят к глубокой психологической инвалидности личности [2]. Изменение психического статуса больного принимает характер психопатологических деформаций в оценке понесенного ущерба и обуславливает необходимость более глубокого медико-психологического подхода к решению задач современной лечебной практики, делает актуальным изучение внутреннего мира больного, психологической картины заболевания и лечебного процесса [3—5].

В особой степени все это относится к больным с опухолями челюстно-лицевой области. Лечение этой патологии является сложной проблемой. В силу особой значимости для любого человека существенных и заметных

изменений внешности можно говорить о психологической девиации при косметических дефектах, возникающих в результате хирургического лечения данной опухолевой патологии [6; 7]. Поэтому хирургическое удаление новообразований челюстно-лицевой области обязательно должно сопровождаться последующей реабилитацией пациента, направленной на максимальное восстановление утраченных органов и функций, восстановление формы лица [1].

Целью настоящего исследования явилось изучение психологического статуса больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации в процессе лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено психологическое обследование 42 больных (28 мужчин и 14 женщин), получивших хирургическое лечение в объеме резекции верхней челюсти в отделении опухолей головы и шеи РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН в 2005—2006 гг. Средний возраст пациентов составил $47,8 \pm 10,5$ года. В зависимости от возраста обследуемые были разделены на 3 группы: 1-я группа (моложе 35 лет) — 6 человек, 2-я группа (36—59 лет) — 32 человека, 3-я группа (60 лет и старше) — 4 человека.

Обследование проводили в динамике: до операции и на 7—10-й день после операции. Для изучения психологического состояния пациентов использовали следующие методики: MMPI (сокращенный вариант) [3], HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) [8]. Для изучения самооценки социальной значимости болезни применяли опросник Сердюка [3].

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета статистических программ. Для предоставления вариативности данных приводили среднее и стандартное отклонение. Сравнительный анализ выполняли при помощи t-критерия Стьюдента. Достоверность различий показателей устанавливали при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В предоперационном периоде больные преимущественно испытывали тревогу, беспокойство, напряженность, страх. Нередко встречались ощущение безнадежности заболевания, мысли о смерти (42,8%). Уровень тревоги у молодых пациентов (1-я группа) достоверно выше, чем у больных старшего возраста (2-я и 3-я группы), — $10,2 \pm 1,2$; $7,8 \pm 2,5$ и $7,6 \pm 1,6$ балла соответственно ($p < 0,05$). В 66,7% случаев ожидание операции сопровождалось вегетативными изменениями (повышение артериального давления, чувство озноба или жара), а также отмечались диссомнические нарушения в виде трудности засыпания, частых ночных пробуждений. Уровень депрессивного состояния у женщин был выше ($9,7 \pm 2,2$ и $7,9 \pm 1,8$ балла соответственно; $p < 0,05$).

В послеоперационном периоде изменения психического статуса были выявлены у всех больных. Наиболее часто встречались тревожно-депрессивный (42,9%), обсессивно-фобический (23,8%) и психопатический (19%) синдромы.

Для больных с тревожно-депрессивным синдромом были характерны высокая тревожность, чувство вну-

тренного беспокойства, тоска, нарушение сна, аппетита, отсутствие эффекта от соматической терапии. Тревожно-депрессивный синдром достоверно чаще встречался у женщин (57,1 и 35,7% соответственно; $p < 0,05$).

У больных с обсессивно-фобическим синдромом клиническая картина отличалась преобладанием аффектов тревоги и страха. Навязчивые мысли сосредоточивались не только на состоянии здоровья; в основном отмечались тревога и страх перед физическими дефектами — последствиями операции и возможными осложнениями во взаимоотношениях с окружающими. Наряду с доминирующими, навязчивыми идеями озабоченности состоянием внешнего вида отмечались сниженный фон настроения, неприятные телесные ощущения, которые расценивались как «последствия» хирургического лечения. Данный синдром был характерен для пациентов 1-й и 3-й групп, т. е. для пациентов молодого возраста и пожилых.

Для больных с психопатическим синдромом оказались характерными неустойчивое настроение, повышенная эмоциональная возбудимость, обидчивость. Такие больные часто агрессивно себя вели, были конфликтны с окружающими и медицинским персоналом, иногда у них доминировали неприязнь и настороженность к окружающим. У многих пациентов имелись значимые конфликтные зоны с преобладанием тенденций в адрес близких родственников (невнимательны, отсутствие взаимопонимания и заботы и т. д.) или противоположная тенденция — «окружающие заботливы, стараются помочь, но это меня раздражает».

Любое хроническое соматическое заболевание приводит к ломке привычного образа жизни и деятельности, к необходимости формирования нового жизненного стереотипа. Полученные результаты опросника Сердюка для изучения социальной значимости болезни указывают, что доминирующим является формирование физического дефекта, который существенно влияет на положение человека в обществе, ограничивает круг его общения, значительно ухудшает качество жизни после хирургического лечения (см. рисунок).

Согласно полученным данным, до операции при оценке своего заболевания пациенты отмечали прежде всего ограничения, связанные с пребыванием в стационаре (шкалы Д и Е). В послеоперационном периоде ведущее место заняла оценка выраженных косметических дефектов внешности, сформировались чувство ущербности (шкала Ж), сожаление по поводу перенесенного хирургического лечения (шкала Е и З), отказ от дальнейшего химиотерапевтического и/или лучевого лечения.

Среди косметических дефектов наиболее значимыми являются патологические изменения и деформации лица или отдельных его частей именно в молодом возрасте, так как внешний вид существенно влияет на социальный статус человека, его самооценку и уровень притязаний.

Результаты нашего исследования показали, что у всех пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области отмечались различной степени выраженности психические изменения, которые наиболее ярко выражены в послеоперационном периоде. В молодом возрасте и у женщин эти изменения носили более выраженный характер. Психические нарушения были

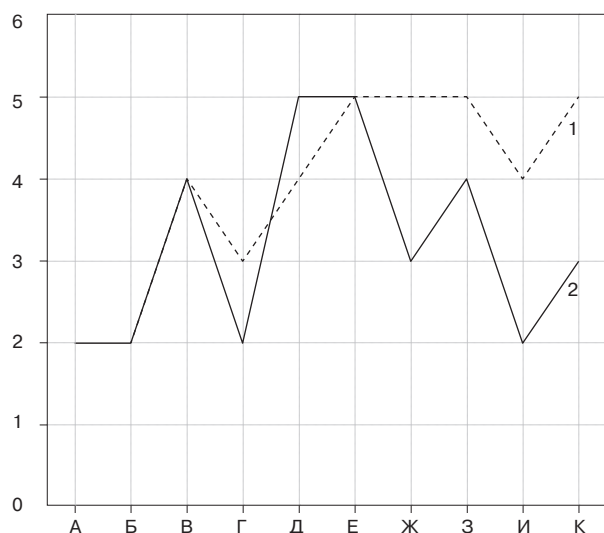


Рисунок. Степень социальной значимости заболевания для больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации до и после операции. А — ограничение ощущения силы и энергии. Б — ухудшение отношения к больному в семье. В — ограничение удовольствий. Г — ухудшение отношения к больному на работе. Д — ограничение свободного времени. Е — ограничение карьеры. Ж — снижение физической привлекательности. З — формирование чувства ущербности. И — ограничение общения. К — материальный ущерб. 1 — до операции; 2 — после операции.

представлены тревожно-депрессивным, обсессивно-фобическим, психопатическим синдромами.

Самооценка больными влияния заболевания на их социальный статус является существенной частью «внутренней картины болезни», а следовательно, и важной точкой приложения психотерапевтического воздействия на больного в процессе его лечения, т. к. изменение отношения больного к своему заболеванию и своевременная коррекция психологических изменений — одна из главных задач работы психолога. Это обуславливает необхо-

димость разработки эффективных методов психологической помощи больным данной категории.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, лечение и реабилитация пациентов, страдающих злокачественными опухолями челюстно-лицевой области, должна осуществляться группой специалистов, в которую входят хирург, химиотерапевт, радиолог, стоматолог, логопед, медицинский психолог. Эта помощь должна учитывать не только тяжесть онкологического заболевания, но и индивидуальную психологическую реакцию больного на хирургическое вмешательство и его последствия, что позволит уменьшить их негативное влияние на качество жизни больных этой категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Седракан А. Н., Пустынский И. Н., Любаев В. А. Современные принципы реабилитации больных, перенесших резекцию альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти по поводу новообразований // Вестн. РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. — 2003. — № 2. — С. 58—59.
2. Задачи организации объективной психодиагностики в соматической клинике / Пиковский Ю. Б., Климашин Ю. И., Руденко К. Н., Климашин А. Ю. // Матер. 5-й Всерос. науч.-практ. конф. по психотерапии и клинической психологии. — М., 2002. — С. 113.
3. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Новейший справочник. — М.: Эксмо; СПб.: Сова, 2003. — 992 с.
4. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 592 с.
5. Смулевич А. Б., Тхостов А. Ш., Сыркин А. Л. Клинические и психологические реакции на болезнь. (К проблеме нозогений) // Журн. неврол. и психиатр. — 1997. — № 2. — С. 4—9.
6. Дунаевский В. В. Клиника и дифференцированная терапия психических нарушений при онкостоматологических заболеваниях // Журн. неврол. и психиатр. — 1985. — № 3. — С. 439—443.
7. Психические расстройства при злокачественных новообразованиях челюстно-лицевой области и гортани / Черепкова Е. В., Владимиров Б. С., Бурнашов В. С., Мусинов Д. Р. // Журн. неврол. и психиатр. — 2002. — № 5. — С. 58—59.
8. Zigmond A. S., Snaith R. P. The hospital anxiety and depression scale // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — № 67. — С. 361—370.

Поступила 02.06.2009

*Galina Andreyevna Tkachenko¹, Airapet Nshanovich Sedrakyan²,
Vladimir Alexandrovich Yakovlev³, Anatoly Sergeyevich Arutyunov⁴,
Arsen Alexandrovich Makarevich⁵, David Ogroyevich Sanodze⁶*

PSYCHOLOGY STATUS SPECIFICITY IN PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL TUMORS

¹ *PhD, Medical Psychologist, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478)*

² *MD, PhD, Head, Dentistry Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478)*

³ *MD, PhD, Professor, Department of Special and Clinical Psychology, Russian State Social University (4, cor. 2, ul. Vilgelma Picka, Moscow, Russian Federation, 107150)*

⁴ *MD, PhD, Assistant Professor, Department of Hospital Prosthetic Dentistry, Moscow State Medical Dentistry University (20/1, ul. Delegatskaya, Moscow, Russian Federation, 127473)*

⁵ *Dentist, Department of Hospital Prosthetic Dentistry, Moscow State Medical Dentistry University (20/1, ul. Delegatskaya, Moscow, Russian Federation, 127473)*

⁶ *Postgraduate Student, Department of Hospital Prosthetic Dentistry, Moscow State Medical Dentistry University (20/1, ul. Delegatskaya, Moscow, Russian Federation, 127473)*

Address for correspondence: Tkachenko Galina Andreyevna, Functional Diagnosis and Hospital Therapy Department, Clinical Oncology Research Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS, 24, Kashirskoye sh., Moscow, Russian Federation, 115478; e-mail: mitg71@mail.ru

We have performed a clinical psychology study to demonstrate that all patients with maxillofacial tumors develop psychic disorders of various severity, manifested more intensely postoperatively, i. e. following surgical treatment. The disorders included anxiety and depression, obsession and phobias, psychopathic syndromes.

Key words: psychology status, maxillofacial cancer, disease social significance.