

Психосоматическое состояние больных до и после коррекции челюстно-лицевых дефектов ортопедическим способом

А.А. Кулаков¹, В.М. Чучков¹, Е.Г. Матякин², И.С. Романов²,
А.А. Ахундов², А.М. Мудунов², С.П. Федотенко², Н.Н. Федотов², С.О. Подвизников^{2,3}, М.А. Кропотов²,
Т.Ю. Марилова², М.М. Тарасова², А.Ш. Тхостов⁴, М.В. Чучков⁵, В.В. Агапов⁶

¹ЦНИИС, Москва;

²ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва;

³РМАПО Минздрава России, Москва;

⁴Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова;

⁵РУДН, Москва;

⁶ГБОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова»

Контакты: Сергей Олегович Подвизников podvs@inbox.ru

Проведено медико-психологическое изучение динамики психических изменений у 88 онкологических больных: с дефектами мягких тканей лица — 38 пациентов, верхней челюсти — 50. На диагностическом этапе, с момента обращения больных к врачу-онкологу, глубина психических нарушений довольно разнообразна: от легкой астении до выраженной депрессии. Так, у 88 (100%) пациентов было выявлено чувство тревоги, у 16 (18,2%) — аффективно-шоковые реакции, у 7 (7,9%) — реактивная депрессия. В послеоперационном периоде тревожно-депрессивный синдром сменялся астено-депрессивным. После выписки из клиники, в процессе психосоциальной реадaptации, реактивное состояние становилось менее напряженным, на первый план все отчетливее выступали характерологические изменения личности пациентов. Они становились тревожно-мнительными, неуверенными в себе, чувствительными, старались избегать трудных жизненных ситуаций. Круг интересов ограничивался мыслями о собственном здоровье. Для коррекции психического состояния больных с приобретенными дефектами верхней челюсти из основной группы применялась комплексная терапия психотропными препаратами. Дозировку препаратов подбирали индивидуально в зависимости от степени выраженности психопатологических проявлений.

Ключевые слова: челюстно-лицевые дефекты, качество жизни, психофармакотерапия

Patients' psychosomatic status before and after orthopedic correction of maxillofacial defects

A.A. Kulakov¹, V.M. Chuchkov¹, E.G. Matyakin², I.S. Romanov²,
A.A. Akhundov², A.M. Mudunov², S.P. Fedotenko², N.N. Fedotov², S.O. Podvyaznikov^{2,3}, M.A. Kropotov²,
T.Yu. Marilova², M.M. Tarasova², A.Sh. Tkhostov⁴, M.V. Chuchkov⁵, V.V. Agapov⁶

¹Central Research Institute of Dentistry, Moscow;

²N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow;

³Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Ministry of Health of Russia, Moscow;

⁴M.V. Lomonosov Moscow State University;

⁵Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

⁶Moscow State University of Medicine and Dentistry

A medicopsychological study of the time course of psychic changes was conducted in 88 cancer patients with defects of facial soft tissues (n = 38) and maxilla (n = 50). Since the patients' visit to an oncologist, the diagnostic-stage depth of mental disorders was rather various: from mild asthenia to depression. Thus, 88 (100%) patients were found to have an anxious feeling, 16 (18.2%) had affective-shock reactions; 7 (7.9%) had reactive depression. In the postoperative period, anxiety-depressive syndrome gave way to asthenic-depressive one. After hospital discharge, the reactive state became less tense during psychosocial readaptation, the characterological personality changes were increasingly more pronounced in the forefront in the patients. They became anxious, suspicious, unconfident about themselves, sensitive, tried to avoid difficult situations in life. The circle of interests was limited to thoughts on their own health. Combination therapy with psychotropic drugs was used to correct the mental status of patients with acquired maxillary defects in the study group. The dosage of the drugs was individually adjusted according to the degree of psychopathological manifestations.

Key words: maxillofacial defects, quality of life, psychopharmacotherapy

Психосоматическое состояние онкологических больных с приобретенными дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица и методы их коррекции

В целях разработки комплексной программы медико-социальной реабилитации проведено медико-психологическое изучение динамики психических изменений у 88 онкологических больных: с дефектами мягких тканей лица — 38 пациентов, верхней челюсти — 50.

Соответственно клинической картине психических изменений условно были выделены следующие этапы: диагностический, послеоперационный, социальная реабилитация.

В исследовании использовался психологический анализ данных истории болезни, направленная клиническая беседа и экспериментально-психологическое обследование (методика «Заучивание 10 слов», методика самооценки Дембо—Рубинштейн, Миннесотский многопрофильный личностный опросник (MMPI).

Надежность получаемых ответов по базисным шкалам проверяется с помощью 3 оценочных шкал (L, F, K). Кроме оценки достоверности результатов тестирования, шкалы L, F и K имеют самостоятельные значения: шкала L демонстрирует тенденцию испытуемого представить себя в выгодном свете, шкала F указывает на случайные или намеренные искажения результатов исследования. Показатели по этой шкале повышаются при стрессовых ситуациях. Шкала K — шкала коррекции. Низкие показатели по шкале K свидетельствуют о недостаточной адаптации к социальному окружению.

На диагностическом этапе, с момента обращения больных к врачу-онкологу, глубина психических нарушений довольно разнообразна: от легкой астении до выраженной депрессии. Так, у 88 (100%) больных было выявлено чувство тревоги, у 16 (18,2%) — аффективно-шоковые реакции, у 7 (7,9%) — реактивная депрессия.

При поступлении в стационар в первые 2–3 дня отмечалось снижение тревожно-фобического синдрома за счет появления у пациентов уверенности, что их можно спасти. При общении с другими, более тяжелыми больными вновь нарастала тревога со страхом, углублялась депрессия.

Самооценка больных значительно занижена, происходит переоценка ценностей, актуальными остаются только витальные (жизненные) потребности, большинство пациентов связывает понятие счастья со здоровьем.

Таким образом, подозрение на заболевание злокачественной опухолью, страх смерти, боязнь операции являются мощным стрессом для психики больного, характерным для диагностического этапа.

В послеоперационном периоде тревожно-депрессивный синдром сменялся астено-депрессивным.

Пациенты становились легкоранимыми, плаксивыми, раздражительными, мечтали о покое, не хотели и боялись думать о будущем. Характерно, что эмоциональные страдания по поводу косметического дефекта переносятся больными тяжелее, чем физическая боль. Одним из важнейших моментов адаптации является получение протеза до выписки из стационара. Двенадцать (13,6%) больных категорически отказались выписаться без протеза. С приближением дня выписки из стационара, как правило, нарастало тревожно-депрессивно-ипохондрическое состояние. Больных все больше тревожили мысли о болезни, физической неполноценности. Пациенты постоянно себя ошупывали, думая о метастазах; ухудшался сон, особенно трудно было заснуть, мешали навязчивые тяжелые воспоминания о прошлой жизни, душили слезы.

Анализируя полученные сведения, можно отметить, что послеоперационный период характеризуется астенической симптоматикой, возникает феномен «госпитализма» — больные боятся возвращаться в семью, появляется чувство одиночества, опасение распада семьи, потери друзей и близких. По сравнению с диагностическим этапом психосоматическое состояние пациентов улучшалось. Самооценка повышалась. После выписки из клиники, в процессе психосоциальной реадaptации, реактивное состояние становилось менее напряженным, на первый план все отчетливее выступали характерологические изменения личности больных. Они становились тревожно-мнительными, неуверенными в себе, чувствительными, старались избегать трудных жизненных ситуаций. Круг интересов ограничивался мыслями о собственном здоровье.

Окружающий мир становился тусклым, безрадостным, однообразным, у 16 (18,2%) больных после электрорезекции верхних челюстей и мягких тканей средней зоны лица в значительной мере был выражен страх и беспокойство. Это являлось мощной психотравмой, ведущей к декомпенсации психического состояния. Как правило, на этом этапе появлялись признаки, указывающие на формирование психогенного, невротического развития личности. Выраженный тревожно-депрессивный синдром обнаружен у 5 (5,6%) больных, невротический симптомокомплекс — у 16 (18,2%).

Отмечалась тенденция к углублению и более длительному течению патологических реакций, в частности депрессивных расстройств и невротической симптоматики.

Спустя 2–4 года после операции сохраняется склонность к депрессивным реакциям в стрессовых ситуациях, что усугубляется чувством необоснованной тревоги, усилением чувствительности, подозрительности. В этот же период у 59 (67%) пациентов появился новый мотив деятельности — утверждение себя в семье, что обусловлено страхом ее потери. Больные начинали тщательно заниматься своей внешностью,

домашним хозяйством, доказывая тем самым, что они полноценные люди и не должны «обременять» других. Астено-ипохондрическое развитие личности отмечено у 9 (10,2 %) больных.

Ведущими клиническими проявлениями были снижение работоспособности с ограничением социальных контактов, своеобразная аутизация, основные интересы пациентов ограничивались собственным здоровьем, созданием особо щадящих условий жизни. Прежние привязанности, склонности утратили свою значимость, и больные с удивлением отмечали, как они могли уделять таким «пустякам» все свободное время.

При истерическом развитии личности (20 больных — 22,7 %) клиническая картина складывалась из капризно-претенциозного поведения с некоторой напускной маской страдания. Больные при всяком удобном случае подчеркивали исключительность своего состояния, что они чудом спаслись от смерти. Примечательно то, что они никогда не называли конкретную причину своего несчастья, не упоминали о лечении в онкологической клинике, тем более о перенесенных операциях. Больные больше переживали и давали истерические реакции на то, что их «тайна» вдруг раскрыта, только тогда они чувствовали себя глубоко несчастными и никому не нужными. Наиболее тяжелыми в плане психосоциальной адаптации был эксплозивно-дисфорический вариант невротического развития личности, выявленный у 7 (7,9 %) пациентов. Больные были озлоблены, всем недовольны, высказывали мысли, что к ним стали плохо относиться. Сохранялось мрачно-недовольное настроение. Причем они сами отмечали, что у них испортился характер, однако сдерживать себя, оставаться уравновешенными, как прежде, были неспособны.

Из-за конфликтно-неуживчивого характера они часто меняли работу, место жительства, однако и на новом месте, в других обстоятельствах, озлобленность, направленная главным образом на окружающих, не прекращалась; больным казалось, что к ним придирались, стремились их «выжить», заставляли выполнять непосильную работу и т. д.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод, что в отдаленные сроки после лечения у онкологических больных с дефектами лица отмечается стабилизация психологических показателей. Адекватное социальное окружение имеет большое значение для улучшения психосоматического состояния пациентов.

Оценка показателей качества жизни у больных с приобретенными дефектами верхней челюсти и мягких тканей лица и методы их коррекции

Качество жизни (КЖ) — индивидуальное соотношение своего положения в жизни общества в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями

данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства (Рекомендации Всемирной организации здравоохранения, 1996).

Балльная оценка показателей КЖ проводилась совместно с отделением эндо- и эктопротезирования ЦНИИС МЗ РФ у 39 больных с дефектами тканей средней зоны лица. Оценивались критерии КЖ перед началом эктопротезирования, а также на 6-м месяце лечения. Для определения базовых показателей КЖ исходные значения определялись как в группе больных, так и в группе добровольцев ($n = 20$), по возрасту и полу сопоставимых с группами исследования. Основными показателями являлись: ФА — физическая активность; РФ — роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности; Б — боль; ОЗ — общее восприятие здоровья; ЖС — жизнеспособность; СА — социальная активность; РЭ — роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности; ПЗ — психическое здоровье.

Анализ базовых показателей КЖ по опроснику SF-36 выявил, что исследуемые больные имели более низкие показатели Б, ОЗ, ЖС и ПЗ, чем условные показатели здоровых лиц той же возрастной группы и места жительства.

Полученные данные позволяли охарактеризовать исследуемую (ИГ) и контрольную группы (КГ) перед началом проведения эктопротезирования. Во-первых, ИГ отличалась достоверным снижением физической активности с преобладанием роли физических проблем в ограничении жизнедеятельности. Кроме того, у пациентов ИГ явным образом была снижена социальная активность с усилением роли эмоциональных проблем в ограничении их жизнедеятельности. Таким образом, ИГ была представлена больными, у которых имеющийся дефект средней зоны лица не только приводил к «физической» инвалидизации, но и вызывал состояние психоэмоционального дискомфорта.

У пациентов с дефектами средней зоны лица на 6-м месяце наблюдения происходило достоверное увеличение физической активности, общего восприятия здоровья, жизнеспособности и психического здоровья при одновременном уменьшении роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности.

Интересен тот факт, что у них наблюдались сопоставимо высокие показатели физической активности, жизнеспособности и общего восприятия здоровья, как и у добровольцев без дефектов лица. Кроме того, происходило резкое снижение роли эмоциональных и физических проблем, сопоставимое со здоровыми людьми. Несмотря на изначально среднетяжелое состояние, роль болевого компонента не только не нарастала, но и закономерно убывала, приближаясь к уровню здоровых добровольцев. Однако несмотря на нарастание социальной активности и психического здоровья у больных не происходило сопоставимого увеличения

показателей по сравнению со здоровыми людьми. Это свидетельствовало о тяжелой психоэмоциональной травме и психологическом дискомфорте, наносимом пациенту патологическим состоянием.

Психометрические методы исследования и методика психофармакотерапии у больных с приобретенными дефектами верхней челюсти

Больные с приобретенными дефектами верхней челюсти (ПДВЧ) с приблизительно схожими по локализации, размерам ПДВЧ, а также по наличию сообщения полости рта с полостью носа и верхнечелюстными пазухами, были разделены на 2 группы — основную (ОГ) ($n = 29$) с проведением психофармакотерапии и КГ ($n = 30$) без психофармакотерапии. Группы были практически схожи по клиническим формам психической патологии, установленной по результатам психометрического обследования.

При оценке психического состояния мы учитывали изменения в поведении пациента, характере жалоб с его стороны. Выясняли изменения признаков общего состояния больного, таких как сон, аппетит, настроение, активность в быту и на работе, адекватность оценки своего состояния, правильность выполнения рекомендаций врача и т. д. При изучении анамнеза больных особое внимание уделяли оценке социального функционирования, оказывающего, как известно, влияние на характер поведения в жизни и особенно на результаты социальной адаптации.

Анализ динамики состояния больных до, во время и после ортопедического лечения проводили совместно с кафедрами психиатрии, наркологии и психотерапии и госпитальной ортопедической стоматологии МГМСУ, с использованием диагностических шкал, заполняемых врачом и пациентом. Для этого мы использовали: методику Дембо—Рубинштейн, шкалу оценки депрессии Гамильтона (HDRS), шкалу оценки социального и профессионального функционирования (SOFAS) и, после начала курса психофармакотерапии, — шкалу общего клинического функционирования (CGI).

Комплексное тестирование проводили в 2 группах больных с ПДВЧ (ОГ и КГ) до начала фармакотерапии и в конце каждой недели приема препарата. Полученные в 2 группах результаты сравнивали между собой.

Для коррекции психического состояния больных с ПДВЧ из ОГ мы применяли комплексную терапию с применением психотропных препаратов. Дозировку препаратов подбирали индивидуально в зависимости от степени выраженности психопатологических проявлений.

Нами был выбран препарат из группы ингибиторов обратного захвата серотонина — флуоксетин (Prozac).

Применение флуоксетина способствует улучшению настроения, устраняет чувство страха и напряжения, снижает дисфорию, не оказывает седативного действия.

Исследования с фиксированной дозировкой показали, что 20 мг флуоксетина в сутки является оптимальной дозой для большинства больных, которая дает более редкие и легкие побочные эффекты, чем более высокие дозы. Флуоксетин не требует титрования дозы.

Прием флуоксетина наши пациенты начинали за 1–2 нед до начала ортопедического лечения, с таким расчетом, чтобы развитие стойкого клинического эффекта от применения фармакотерапии к концу 4-й недели совпадало с окончанием ортопедического лечения, а последние 2 нед приема психотропного препарата совпадали с периодом адаптации к съемным протезам с obtурирующей частью.

Ни один из обследованных нами больных не отметил побочного действия флуоксетина ни со стороны желудочно-кишечного тракта, ни со стороны центральной нервной системы. Также не было зафиксировано аллергических и иммунопатологических реакций в течение всего курса лечения.

Приобретенный дефект челюстно-лицевой области на фоне общесоматического состояния пациента может оказывать влияние на психоэмоциональное состояние больного, что в свою очередь отражается на качестве его жизни. Психотравмирующие факторы при этом неожиданны, разнообразны, иногда многочисленны и не всегда могут поддаваться полному анализу. Безусловно, одними из ведущих факторов являются величина и локализация приобретенного дефекта челюстно-лицевой области, а также социальный статус, особенности трудовой деятельности, семейная атмосфера и наличие дополнительных психотравмирующих ситуаций у отдельно взятого больного.

Комплексный подход к лечению таких пациентов может ускорить процессы функциональной реабилитации и создать благоприятные условия для скорейшей социальной адаптации.

Результаты психометрических методов обследования больных с ПДВЧ

Анализ клинического и клинико-психологического обследования больных с ПДВЧ до начала ортопедического лечения позволил выявить психические нарушения у всех пациентов. Основными клиническими формами пограничных психических расстройств у больных с ПДВЧ, с учетом преобладающих проявлений, оказались следующие депрессивные состояния (по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)):

- 1) дистимия (F34.1) — 42,37 % (25 больных);
- 2) рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод средней степени (F33.1) — 32,20 % (19 больных);
- 3) рекуррентное депрессивное расстройство, текущий депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов (F33.2) — 5,08 % (3 больных);

4) смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) — 20,33 % (12 больных).

Согласно МКБ-10, в первых 3 вышеуказанных подгруппах больных с ПДВЧ доминирующими явились различные виды депрессивных расстройств, не включавших, однако, в психопатологическую структуру болезненных проявлений продуктивные психотические признаки и эпизоды гипомании (галлюцинации, бредовые идеи, симптомы психического автоматизма, кататонические симптомы).

Для адекватного выбора метода воздействия на больного необходимо было выяснить его отношение к своему заболеванию, а также уровень тревожности, определяющий психоэмоциональное напряжение.

У обследованных нами больных выделены следующие реакции на свою болезнь и предстоящее ортопедическое лечение, связанное с замещением дефекта челюстно-лицевой области:

- 1) оптимистическое отношение (28,82 %);
- 2) гармоничное отношение (32,20 %);
- 3) пессимистическое отношение (38,98 %).

Следует отметить, что ни один из больных до и во время развития настоящего заболевания не имел контактов с психиатрами и психотерапевтами.

Среди обследованных у 25 (42 %) человек выявили дистимию. У них наблюдалось пониженное настроение, временами лицо принимало печальное выражение, слышались грустные интонации в беседе.

Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени, определили у 19 (32 %) больных. Их состояние характеризовалось пониженным настроением, уменьшением энергичности и падением активности.

У 3 (5 %) человек выявили рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод тяжелой степени без психотических симптомов. У них наблюдалось резкое понижение настроения — мимика в большей степени монотонна, поза выражает уныние (опущенные вниз плечи, взгляд направлен вниз и в пространство).

Смешанное тревожное и депрессивное расстройство диагностировали у 12 (20 %) больных. У всех отмечалось одновременное присутствие и тревожности, и депрессии, но при этом ни одно из этих состояний не являлось преобладающим, а степень выраженности их симптоматики не позволяла при рассмотрении каждого поставить отдельный диагноз.

Представленная нами характеристика психического состояния больных с дефектами верхней челюсти основана на наблюдении 59 пациентов.

Следует отметить, что ни у одного из пациентов, как до начала ортопедического лечения, в течение его, так и после, характерологические особенности не достигали степени психопатических.

Объективные показатели, полученные по заполнении теста характеристик самооценки Дембо—Рубинш-

тейн, позволили нам судить о специфичности психических проявлений, которые связывают не только личные, но и общественные факторы, имеющие непосредственную зависимость от тяжести челюстно-лицевой патологии, срока, прошедшего со дня оперативного вмешательства, качества и длительности хирургического, а затем и ортопедического лечения, от возраста больного, индивидуальных особенностей личности, интеллектуальных качеств и общественных, социально-экономических причин.

Результаты проведенных психометрических обследований свидетельствуют, что самооценка больных ОГ по показателям «настроение», «счастье», «внешность» до начала комплексного лечения указывает на тяжелое расстройство психоэмоционального состояния, в то время как у пациентов КГ самооценка по тем же показателям говорит лишь о среднем уровне расстройства до начала ортопедического лечения. Однако уже на последних этапах комплексного лечения (начиная с конца 4-й недели приема флуоксетина) и окончания работ по изготовлению протезов для ОГ обследуемых данные их самооценки свидетельствуют о стабильности психического состояния, в то время как данные самооценки в КГ после ортопедического лечения указывают на присутствие психоэмоционального дискомфорта.

Оценки показателей характеристик «характер» и «ум» у 2 групп обследуемых находятся приблизительно на одинаковом уровне (в пределах доверительного интервала), подтверждая постоянство умственных способностей и сохранность стойких, сформированных годами, свойств характера личности, тем самым отвергая вероятность нулевой гипотезы о неравенстве средних статистических значений.

Показатели характеристик «настроение», «счастье», «внешность» и «здоровье» тесно взаимосвязаны между собой. Но наиболее показательна для больных с ПДВЧ характеристика «внешности», что, по их мнению, снижает показатели «счастья» и «настроения», а у некоторых сказывается и на «здоровье».

В психопатологической структуре дистимического расстройства на различных его этапах определенное место занимают симптомы депрессии и тревоги.

Изучение клинической динамики психических расстройств, в частности до начала ортопедического лечения, с помощью шкалы депрессии Гамильтона (HDRS-21) позволяет констатировать, что у 95 % больных с ПДВЧ развивается депрессия, а в некоторых случаях, развившись, усиливается в большое депрессивное расстройство.

Такое расстройство по мере нарастания снижает продуктивность трудовой деятельности, ведет к нарушению привычного образа жизни. Результаты исследований показали, что серьезное ухудшение КЖ отмечается именно у тех, кто страдает психическими заболеваниями, включая расстройства настроения на

фоне депрессии. Поэтому мы не случайно взяли для исследования шкалу депрессии Гамильтона.

Редукция проявлений как депрессии, так и тревоги зафиксирована уже к концу 2-й, началу 3-й недели лечения флуоксетином. К концу 6-й недели монотерапии флуоксетином у всех больных ОГ наблюдалось статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение, выразившееся в редукции депрессивной симптоматики (0 баллов по пункту 1 («депрессивное настроение») шкалы оценки депрессии HDRS-21). Так называемый полный ответ на монотерапию флуоксетином обнаружили у 82,2 % (24 наблюдения) обследованных больных ОГ, что выразилось в редукции суммарного балла по шкале HDRS-21 на 50 % и более от исходного, зарегистрированного до начала фармакотерапии (до начала лечения суммарный балл составил 19,3, а к концу 6-й недели лечения — 8,7).

Так называемый частичный, или парциальный, ответ на монотерапию флуоксетином обнаружился в 5 (17,2 %) наблюдениях, что выражалось в редукции суммарного балла по шкале HDRS-21 в интервале 49–25 % от исходного балла, зафиксированного до начала лечения. Одновременно отмечено практически полное редуцирование раздражительности, существенное улучшение интерперсональных отношений, улучшение уровня социального и профессионального функционирования.

К моменту окончания ортопедического лечения в обеих группах и завершения 6-недельного курса монотерапии флуоксетином в ОГ существенно повысился уровень социального функционирования пациентов с ПДВЧ, хотя разница показателей до и после проведенного лечения отличается в пользу ОГ. Больные стали значительно активнее, частично снизилась усталость, повысилась физическая и умственная работоспособность, восстановилась уверенность в себе, своих возможностях, установился круг профессионального и бытового общения.

Таким образом, можно считать, что «Шкала оценки социального и профессионального функционирования» (SOFAS) является достаточно точным индикатором уровня социальной адаптации пациентов с ПДВЧ, страдающих хроническими депрессивными расстройствами, и в этом качестве она может быть использована как один из основных инструментов оценки эффективности проводимого комплексного лечения больных с данной патологией.

На основании полученных результатов психометрических методов обследования больных с ПДВЧ мы установили, что на амбулаторном приеме в клинике ортопедической стоматологии целесообразно применять комплексное лечение, включающее в себя ортопедическую помощь с использованием ингибитора обратного захвата серотонина — флуоксетина. Такой подход оказывает положительное влияние на структуру и динамику депрессивных и тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с челюстно-лицевой патологией.

Психологические исследования показали, что у 73 % онкологических больных с дефектами верхней челюсти и у 100 % больных с дефектами мягких тканей лица развиваются астено-тревожно-депрессивные расстройства. Динамика и степень выраженности психических изменений тесно связаны с этапами основного лечебного процесса и зависят как от тяжести общесоматического состояния, так и от преморбидных особенностей личности больного и его интеллекта. Замещение обширных дефектов верхней челюсти и мягких тканей лица челюстно-лицевыми протезами, применение методов психосоциального воздействия и психофармакотерапии, а также логовосстановительной терапии помогают избежать тяжелых психических нарушений и добиться стабилизации психического состояния у 94 % пациентов.