

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРОЙ ТРАВМОЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А. Н. Пудов¹, Е. А. Спиридонова^{3,4,5},
А. Ю. Дробышев^{1,2}, И. Г. Бобринская³, М. Б. Лагутин⁶

¹ Центр стоматологии челюстно-лицевой хирургии,
Московский Государственный Медико-стоматологический Университет, Москва
² Кафедра госпитальной хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
³ Кафедра анестезиологии-реаниматологии
⁴ УНЦ Управления делами Президента РФ, Москва
Кафедра скорой медицинской помощи и интенсивной терапии
⁵ Федеральный Научный Клинический Центр детской гематологии,
онкологии и иммунологии Минздравсоцразвития РФ, Москва
⁶ Кафедра математической статистики и случайных процессов
механико-математического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва

The Psychological Status of Patients with Acute Mandibular Injury

A. N. Pudov¹, A. Yu. Drobyshev^{1,2}, E. A. Spiridonova^{3,4,5}, I. G. Bobrinskaya³, M. B. Lagutin⁶

¹ Center of Dentistry and Maxillofacial Surgery, Moscow
State University of Medicine and Dentistry, Moscow
² Department of Hospital Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery
³ Department of Anesthesiology and Reanimatology
⁴ Department for Presidential Affairs of the Russian Federation, Moscow
Department of Emergency Medical Care and Intensive Therapy,
⁵ Federal Research Clinical Center of Pediatric Hematology, Oncology, and Immunology,
Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow
⁶ Department of Mathematical Statistics and Random Processes,
Mechanical and Mathematical Faculty, M. V. Lomonosov Moscow State University, Moscow

Цель исследования — определение особенностей психологического состояния пациентов с острой травмой нижней челюсти; сравнение психологической реакции на травму в различных возрастных группах и у лиц с признаками алкогольной зависимости. **Материал и методы.** В исследование было включено 37 больных обоего пола старше 15 лет. Распределение пациентов осуществлено по возрасту и наличию хронической алкогольной интоксикации. Определение параметров психологического статуса осуществлено посредством личностных опросников: Спилберга-Ханина, Zung, GHQ-28, Вейна. **Результаты.** У больных с травмой нижней челюсти выявлено повышение уровней ситуативной и личностной тревожности. В 29,8% случаев установлено наличие депрессивного состояния, как реакции на острую травму нижней челюсти (реактивного генеза). Вегетативная дисфункция имела место у 62,2% пациентов с переломами нижней челюсти. Наличие скрытых патопсихологических состояний среди больных исследуемой группы выявлено в 35,1% случаев. **Заключение.** Основными выявленными особенностями психологического статуса больных с острой травмой нижней челюсти являлись — наличие высокого уровня тревожности и значительная частота встречаемости синдрома вегетативной дисфункции. Существенных различий по психологическому статусу и направленности реакций, связанных с возрастом пациентов, установлено не было. У пациентов с наличием хронической алкогольной интоксикации чаще развивалось депрессивное состояние, но чуть реже встречался синдром вегетативной дисфункции и менее часто выявлялись патопсихологические состояния. **Ключевые слова:** острая травма, нижняя челюсть, тревожность, депрессия, злоупотребление алкоголем, психологический статус.

Objective: to define the specific features of the psychological status of patients with acute mandibular injury, to compare a psychological reaction to injury in different age groups and in persons with signs of alcohol addiction. **Subjects and methods.** The study enrolled 37 patients of both sexes over 15 years of age. The patients were distributed by age and chronic alcohol intoxication. Psychological parameters were determined using personality questionnaires: Spielberg-Hanin, Zung, GHQ-28, and Wein ones. **Results.** The patients with mandibular injury were found to have higher levels of situational and personality anxiety. A state of depression as a response to acute mandibular injury of reactive genesis was found in 29.8% of cases. Autonomic dysfunction occurred in 62.2% of the patients with mandibular fractures. Occult pathopsychological states were detected in 35.1% of the study group patients. **Conclusion.** The main found peculiarities of the psychological status of the patients with acute mandibular injury were high anxiety and the considerable incidence of autonomic dysfunction syndrome. There were no

great age differences in psychological status and the direction of reactions. The patients with chronic alcohol intoxication more frequently developed a depressive state, but the autonomic dysfunction syndrome was just less often encountered and pathopsychological states were less frequently found. **Key words:** acute injury, low jaw, anxiety, depression, alcohol abuse, psychological status.

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Пудов Андрей Николаевич
E-mail: andrej-pudov@yandex.ru

В последнее время большое внимание уделяется вопросам изучения психологического состояния больного [1–6]. Не вызывает сомнений факт, что именно этот фактор во многом определяет течение и исход патологического состояния [7–13].

Рядом исследований доказано наличие высокого риска развития психологических расстройств у больных с острой травмой челюстно-лицевой области, однако конкретизации характера психологических изменений и реакций в ответ на травму не проводилась. Определение направленности изменений психологического состояния у пострадавших даст возможность коррекции выявленных нарушений в восстановительном периоде травмы [14, 15].

Учитывая изложенное, целью настоящего исследования являлось определение особенностей психологического состояния и направленности психологических реакций у больных с переломами нижней челюсти, обусловленные острой травмой. Для достижения поставленной цели нами были сформулированы следующие задачи:

1. Определение уровня и характера тревожности (реактивной и личностной).
2. Определение наличия и уровня депрессии.
3. Определение наличия дисфункции вегетативной нервной системы.
4. Выявление патопсихологических состояний.
5. Изучение внутригрупповых различий психологического статуса, связанных с возрастом и сопутствующей хронической алкогольной интоксикацией (ХАИ).

Материал и методы

Исследование выполнено на базе отделения челюстно-лицевой хирургии взрослых Центра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Московского государственного медико-стоматологического университета.

В исследование было включено 37 больных обоего пола старше 15 лет с острой травмой нижней челюсти. Средний возраст составил $32,0 \pm 3,4$ года (от 16 до 59 лет). Гендерное распределение: 89,2% (33 чел) мужчины и 10,8% (4 чел) женщины.

С целью выявления и определения внутригрупповых различий и особенностей психологического статуса у больных с острой травмой нижней челюсти было проведено распределение пациентов по группам на основании следующих принципов: 1) по возрасту (классификация возраста, принятая ООН и ВОЗ в 1999 году) и 2) по наличию среди сопутствующих соматических заболеваний хронической алкогольной интоксика-

ции (употребление алкоголя 3-х и более раз в неделю и в количестве не менее 100 грамм (в перерасчете на этанол); 2 и более баллов по CAGE-опроснику).

Для оценки психологического статуса у пострадавших с острой травмой нижней челюсти нами были выбраны следующие критерии:

1. тревожность, определявшаяся по тесту Спилберга-Ханина [16, 17];
2. депрессия, определявшаяся по шкале Zung [18]. По результатам теста можно судить не о депрессии как клинической диагнозе, а лишь о той или иной степени выраженности депрессивной симптоматики на момент обследования;
3. наличие скрытых патопсихологических состояний, выявляемых по Опроснику общего (психологического) здоровья (GHQ-28). Данный опросник является скрининг-тестом и предназначен для выявления психологического благополучия и эмоциональной стабильности людей. Он не предназначен для клинической диагностики, но позволяет выявлять патопсихологические состояния [19];
4. выявление вегетативной дисфункции по опроснику Вейна [20].

Статистическая обработка полученных результатов была выполнена с помощью статистических компьютерных программ: Microsoft Excel, Excel STAT-Pro и SPSS (Statistical Package for Social Science). Целью статистической обработки данных являлись оценка достоверности полученных данных и поиск корреляционных взаимодействий между параметрами психологического статуса. Использовали такие статистические показатели, как коэффициент корреляции Пирсона, ранговый коэффициент Спирмена, диаграммы рассеяния, однородность групп проверялась с помощью точного одностороннего критерия Манна – Уитни [21, 22, 23].

Результаты и обсуждение

По результатам исследования (табл. 1), у всех больных с травмой нижней челюсти оба вида тревожности – ситуативная и личностная – были повышены на 55 и 32,7%, соответственно. Личностная тревожность (как черта характера) в более, чем половине случаев – 59,5% (22 больных) оценивалась как умеренная, в 29,7% (11 больных) имела выраженный характер и в 10,8% (4 больных) личностная тревожность отсутствовала. Выраженность ситуационной тревожности оценивалась как низкая – у 2-х больных (5,4% случаев); у 18-и больных (48,7%) она оценивалась как умеренная и у 17-и больных (45,9%) – как высокая.

По полученным данным 26 больных (70,2%) – депрессии не имели, 8 (21,6%) – находились в состоянии легкой депрессии, в 3-х случаях (8,1%) – зарегистрировано состояние умеренной депрессии.

Таблица 1

Характер психологического статуса у пациентов с острой травмой нижней челюсти (n=37)

Параметры психологического статуса	Норма	Среднее значение параметров	Медиана
Реактивная тревожность	до 30	46,5±1,64	45
Личностная тревожность	до 30	39,8±1,28	39
Индекс вегетативной дисфункции Вейна	до 15	20,6±2,37	23
Уровень депрессии по Zung	20–49	46,8±1,22	45
Опросник общего здоровья			
Соматические факторы	–	6,7±0,66	6
Тревожность	–	5,14±0,61	4
Социальная дисфункция	–	7,81±0,51	7
Депрессия	–	1,35±0,36	0
Общий балл	до 24	21,0±1,70	17

**Характер психологического статуса у пациентов
с острой травмой нижней челюсти в разных возрастных группах**

Показатели психологического статуса	Норма	Значения показателей в зависимости от возраста, лет				Уровень значимости различия
		15–44 (n=32)		45 и старше (n=5)		
		среднее значение	медиана	среднее значение	медиана	
Реактивная тревожность	до 30	46,4±1,85	45	47,4±3,2	45	0,36
Личностная тревожность	до 30	38,9±1,34	38	45,4±2,3	46	0,04
Индекс вегетативной дисфункции Вейна	до 15	20,3±2,6	21,5	22,6±6,7	31	0,295
Уровень депрессии по Zung	20–49	46,1±1,3	44	50,8±3,5	48	0,07
Опросник общего здоровья						
Соматические факторы	–	6,6±0,7	6,5	7,2±1,7	6	0,36
Тревожность	–	5,1±0,7	4	5,6±1,1	6	0,25
Социальная дисфункция	–	7,8±0,5	7	7,8±2,0	7	0,46
Депрессия	–	1,3±0,4	0	1,4±1,2	0	0,46
Общий балл	до 24	20,8±1,8	17	22,0±4,8	19	0,39

Вегетативная дисфункция имела место у 62,2% (23 больных), а в 37,8% (14 больных) случаев данный показатель находился в пределах нормальных значений.

При определении показателя общего здоровья было выявлено, что у 64,9% (24 больных) он был в пределах нормальных значений; к категории «патология» было отнесено 35,1% случаев (13 больных).

Параметры психологического статуса больных с острой травмой нижней челюсти по возрастным группам приведены в табл. 2. Среди лиц молодого возраста (16–44 лет, n=32) были получены следующие характеристики психологического статуса: среднее значение уровня личностной тревожности незначительно превышало нормальную величину и составляло 38,9±1,38 баллов; уровень ситуативной тревожности в несколько большей степени превышал норму, составляя 46,4±1,8 балла. У 12,5% пациентов (4 чел) личностная тревожность не превышала нормальных значений, у 59,3% (19 чел) имела умеренная тревожность и у 28,2% (9 чел) – высокая тревожность. Ситуационная тревожность не была выявлена в 6,2% (2 больных); 40,6% больных (13 чел) имели умеренную реактивную тревожность, 53,2% (17 чел) – высокую тревожность. Среднее значение уровня депрессии, полученное по шкале Цунга, составило 46,1±1,3 баллов. Как показали наши данные, это нарушение психологического состояния не было характерно для больных молодого возраста – 23 человека (71,9%) – депрессии не имели, 7 больных (21,9%) находились в состоянии легкой депрессии, у 2-х человек (6,2%) – зарегистрировано состояние умеренной депрессии. Показатель среднего значения индекса вегетативной дисфункции Вейна превышал нормальные значения на 35,3%, составляя 20,3±2,58 баллов. В пределах нормальных значений данный параметр находился у 37,5% больных (12 чел), в 62,5% случаев (20 чел) он был выше нормы, свидетельствуя о том, что у большей части больных имелись нарушения вегетативной функции и, соответственно, – нарушения адаптации организма к изменившимся условиям. При определении показателя общего здоровья в подгруппе пациентов молодого воз-

раста средний общий балл был равен 20,8±1,8, что соответствовало нормальной величине. В пределах нормальных значений было 65,6% результатов (21 чел), к категории «патология» было отнесено 34,4% случаев (11 человек). Среднее значение факторов общего здоровья было следующим: «соматика» – 6,6±0,7 баллов; «тревожность» – 5,1±0,7 баллов; «социальная дисфункция» – 7,8±0,5 баллов; «депрессия» – 1,3±0,4 баллов. Основное значение для величины уровня общего здоровья имели факторы соматического состояния (31,8%), тревожности (24,3%) и социальной дезадаптации (37,5%). Суммарно на их долю пришлось 93,6% от общего балла уровня общего здоровья. Доля фактора депрессии составила 6,4%.

Для группы больных среднего и старшего возраста (45–59 лет) был характерен высокий уровень личностной тревожности, составлявший 45,4±2,3 баллов. У 4-х из 5-и больных имел место высокий уровень личностной тревожности, а у одного – умеренный уровень (100%). Для данной группы больных также была характерна и ситуативная тревожность, средний балл которой составлял 47,4±3,2. Один больной имел умеренную ситуативную тревожность, а все остальные (4 чел) – высокую тревожность. Показатель депрессии в этой группе больных был на уровне верхней границы нормы – 50,8±3,5 баллов. По полученным данным: у 60,0% (3 чел) – депрессии не проявлялась, 1 пациент (20,0%) находился в состоянии легкой депрессии и 1 человек (20,0%) – в состоянии умеренной депрессии. Среднее значение индекса вегетативной дисфункции было равно 22,6±6,7 баллов, что превышало нормальное значение на 50,6%. У 3-х больных имел место повышенный уровень вегетативной дисфункции, а у 2-х больных он был в пределах нормы. У больных, относящихся к категории среднего и старшего возрастов, средний балл показателя общего здоровья был равен 22,0±4,77 баллов. В пределах нормальных значений он был у 3-х больных, а 2-х больных было отнесено к категории «патология».

В табл. 3 представлены показатели психологического статуса в группе больных с острой травмой нижней

Характер психологического статуса у пациентов с острой травмой нижней челюсти в группах больных с наличием и отсутствием хронической алкогольной интоксикации

Показатели психологического статуса	Норма	Значения показателей в группах				Уровень значимости различия (p)
		больные без хронической алкогольной интоксикации (n=25)		больные с хронической алкогольной интоксикацией (n=12)		
		среднее значение	медиана	среднее значение	медиана	
Реактивная тревожность	до 30	47,8±2,2	47	43,8±1,8	44	0,11
Личностная тревожность	до 30	40,2±1,6	40	39,0±2,1	37,5	0,33
Индекс вегетативной дисфункции Вейна	до 15	22,9±3,0	25	15,8±3,6	14	0,09
Уровень депрессии по Zung	20–49	46,7±1,5	45	46,9±2,3	45	0,49
Опросник общего здоровья						
Соматические факторы	–	7,2±0,8	7	5,6±1,0	5	0,12
Тревожность	–	5,2±0,7	4	4,9±1,2	4,5	0,39
Социальная дисфункция	–	7,9±0,7	7	7,6±0,6	7	0,44
Депрессия	–	1,6±0,5	0	0,8±0,4	0	0,26
Общий балл	до 24	22,0±2,3	17	18,9±2,2	18	0,36

челюсти, имевших свидетельства наличия хронической алкогольной интоксикации, и в группе больных, у которых не было указаний на злоупотребление алкоголем.

У больных (n=12), имевших указание на наличие хронической алкогольной интоксикации (ХАИ), так же как и у больных без ХАИ (25 человек) был повышен уровень тревожности, причем ситуационная тревожность была более выражена, чем личностная. Средний уровень ситуационной тревожности составил 43,8±1,8 балла, а среднее значение уровня личностной тревожности было равно 39,0±2,1 баллов. Группа больных, имевших указание на наличие хронической алкогольной интоксикации, отличалась наличием высокой личностной тревожности в 91,7% больных и 100% больных имели повышенную ситуационную тревожность. В группе больных без ХАИ уровень личностной тревожности был выше нормы в 88%, а ситуационной – в 92% случаев.

В группе с ХАИ 75,0% больных (9 чел) имели умеренно выраженную ситуационную тревожность, 25,0% (3 чел) – высокую тревожность. При оценке личностной тревожности у 8,3% пациентов (1 чел) патологической тревожности не выявлено, у 66,7% (8 чел) имелась умеренная личностная тревожность и у 25,0% (3 чел) – высокая тревожность. В группе больных без ХАИ по шкале реактивной тревожности в 8% (2 чел) патологической тревожности не было, 36,0% больных (9 чел) имели умеренную тревожность, 56,0% (14 чел) – высокую тревожность. При оценке личностной тревожности у 12,0% пациентов (3 чел) патологической тревожности не выявлено, в 56,0% (14 чел) имелась умеренная тревожность и в 32,0% (8 чел) – высокая тревожность. Из общего количества больных с ХАИ 33,3% (4 больных) находились в состоянии легкой депрессии и у 1 больного (8,3%) – зарегистрировано состояние умеренной депрессии. Среди больных без ХАИ депрессивная симптоматика встречалась в 28% случаев: 20,0% (n=5) – находились в состоянии легкой депрессии, в 8,0% (n=2) – зарегистрировано состояние умеренной депрессии. Наличие вегетативной дисфункции отмечено у 50% больных с ХАИ, в то время как

больных без ХАИ и с синдромом вегетативной дисфункции было больше 68%. И в группе пациентов без ХАИ среднее значение индекса вегетативной дисфункции Вейна было выше.

При определении показателя общего здоровья в подгруппе пациентов с наличием хронической алкогольной интоксикации и без нее средний общий балл не превышал нормальных значений. В то же время у больных с ХАИ категория «патология» составляла 16,7% наблюдений, а в группе больных без ХАИ – 44%.

Итак, всем больным с острой травмой нижней челюсти высокая тревожность была свойственна как доминанта психологического статуса. В большей степени отмечено повышение ситуационной тревожности, которая регистрировалась у 94,6% больных, встречаемость повышения личностной тревожности – 89,2% случаев. Для исследуемой категории пациентов развитие депрессивного состояния было не характерно. У больных, имевших высокий показатель по опроснику общего здоровья, основное значение для его величины имели соматические факторы, а также факторы тревожности и социальной дезадаптации. Суммарно на их долю пришлось 98,8% от общего балла уровня общего здоровья. Данный факт подтверждается результатами статистического анализа: коэффициент корреляции Пирсона по отношению к общему баллу уровня общего здоровья составил: соматика – 0,91; тревожность – 0,86; социальная дисфункция – 0,81 (p<0,001). Установлена структура показателя общего (психологического) здоровья: соматический фактор – 40,0%, фактор социальной дезадаптации – 32,1%, фактор тревожности – 26,7%. Доля фактора депрессии составила только 1,2%. Данное распределение свидетельствует о том, что основная причина развития патологического психологического состояния во многом обусловлена не только травмой, но и, в значительной степени, социальной адаптацией и высоким уровнем тревожности.

При сравнении возрастных групп количество пациентов среднего и старшего возраста (45–59 лет) составило только 5 человек, что потребовало использования спе-

Заклучение

циальных подходов и методик статистической обработки, применяемых к малым выборкам. Очевидно, что, принимая во внимание относительную малочисленность группы больных среднего и старшего возраста, установленные нами результаты могут быть определены лишь как тенденции к возрастному различию психологического ответа на острое травматическое повреждение. Сравнительный анализ результатов исследований психологического статуса в зависимости от возраста выявил достоверные различия только уровня личностной тревожности: у больных старшего возраста она была более выраженной ($p=0,04$), в остальном обе группы были однородны.

В ходе сравнения групп больных, имевших указание на наличие хронической алкогольной интоксикации и без ХАИ было установлено, что у пациентов без ХАИ реже фиксировались повышение уровня ситуационной тревожности ($p=0,11$), Достоверной разницы между группами больных по встречаемости повышения уровня личностной тревожности не установлено. По уровню депрессии (шкала Zung) — группы однородны. Было установлено, что уровень вегетативной дисфункции был выше среди пациентов без указания на наличие ХАИ ($p=0,09$). Имелось большее число зафиксированных случаев обнаружения скрытых патопсихологических состояний у пациентов без ХАИ, чем у больных с ХАИ ($p<0,05$), по уровню балльной оценки и значимость внутренних факторов распределения в эти группы были однородны.

Литература

1. Ажигитов Р. Г. Современные тенденции в понимании и лечении тревожных состояний. Росс. мед. журнал 2002; 1: 43–45.
2. Астахов В. М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги. Прикладная психология 1999; 1: 41–47.
3. Березин Ф. Б. Психическая и психофизическая адаптация человека. Л.: Наука; 1998.
4. Дависов И. Н., Мовшович Б. Л. Общая врачебная практика: внутренние болезни — интернология: практическое руководство. М.: ВУНМИЦ; 2001.
5. Мэй Р. Краткое изложение и синтез теорий тревожности: тревога и тревожность. В кн.: Астапов В. М. (ред.). СПб.: Питер; 2001.
6. Неймарк М. И., Давыдов В. В. Состояние высших психических функций у больных, перенесших анестезию с применением дипривана и кетамина. Общая реаниматология 2005; 1 (2): 48–52.
7. Павлова Т. В., Петрухин В. А., Семькин А. Н. Терапия тяжелых гестозов при недоношенной беременности. Общая реаниматология 2010; VI (5): 22–25.
8. Абрамова Г. С., Юдичиц Ю. А. Психология в медицине. Минск: Новое знание; 1998.
9. Александр Ф. А. Психосоматическая медицина. М.: Геррус; 2003.
10. Волков В. Т., Стрелис А. К., Караваева Е. В., Тетнев Ф. Ф. Личность пациента и болезнь. Томск; 1995.
11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л.: Наука; 1983.
12. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: справочник практического психолога. М.: ЭКСМО; 2005.
13. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. М.: МЕДпресс; 1998.
14. Иваинок А. С., Шаров Д. В. Реабилитация после переломов и травм. М.: ЭКСМО-экспресс; 2005.
15. Powers D. B., Will M. J., Bourgeois S. L. Jr, Hatt H. D. Maxillofacial trauma treatment protocol. Oral Maxillofac. Surg. Clin. North Am. 2005; 17 (3): 341–355, vii.
16. Ханин Ю. М. Краткое руководство по применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера. Л.: Наука; 1976.
17. Spielberger Ch. D. Anxiety: current trends in theory and research. Vols. I and II. New York: Academic Press; 1972.
18. Zung N. C. A self-rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatry 1965; 12: 63–70.
19. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В. и соавт. Создание русской версии инструмента Всемирной Организации Здравоохранения для измерения качества жизни: проблемы оптимизации образа жизни и здоровья человека. СПб.: Питер; 1995.
20. Вейн А. М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. М.: МИА; 2003.
21. Лагутин М. Б. Наглядная математическая статистика. М.: БИНОМ; 2009.
22. Флейс Дж. Статистические методы для изучения таблиц долей и пропорций. М.: Финансы и статистика; 1989.
23. Холлендер М., Вулф Д. Непараметрические методы статистики. М.: Финансы и статистика; 1983.

Поступила 20.09.11