

УДК 616.31-006-06-07

ВЫРАЖЕННОСТЬ И СТРУКТУРА СИНДРОМА ПСИХО-СЕНСОРНО-АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ АУТОДЕЗАДАПТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Четверова А. А., Матчин А. А., Четверов В. Н.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России,
кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии,
г. Оренбург, Российская Федерация*

Цель исследования — представить опыт применения экспресс-диагностики аутодезадаптации при лечении пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации.

Объекты и методы. Заключение о структуре и выраженности субъективного аверсивного восприятия пациентом факторов, вызывающих развитие аутодезадаптации, делали на основании анализа информации, содержащейся в собственноручно заполненном каждым пациентом документе — «Листе добровольной доверительной информации врача» (ЛДДИВ).

Всего проанкетировано 100 человек. У всех пациентов морфологически был подтвержден диагноз рака, по поводу которого они были подвергнуты хирургическому или комбинированному лечению. Все пациенты до операции, а затем на 3-и и 7-е сутки после нее заполняли ЛДДИВ. Оценку ответов пациентов проводили по кластерам (П — психологическому, С — социальному, А — анатомическому, Ф — функциональному) с подсчетом суммарного показателя выраженности в баллах и показателя ПСАФ-аутодезадаптации в процентах.

Результаты. Проведенный анализ показал, что у абсолютного большинства пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации в дооперационном периоде преобладали жалобы, относящиеся к психологическому и функциональному кластерам. При этом 82 % пациентов оценили степень беспокойства за свое здоровье как чрезвычайно тревожное, а 18 % — как сильно тревожное.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о важности и необходимости оценки ПСАФ-аутодезадаптации на всех этапах обследования и лечения пациентов с злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область; опухоли; лечение; аутодезадаптация; реабилитация пациентов.

EXPRESSIVENESS AND STRUCTURE OF PSYCHO-SENSORY-ANATOMO-FUNCTIONAL AUTO-DEADAPTATION SYNDROME IN PATIENTS WITH MAXILLOFACIAL TUMORS

Chetverova A. A., Matchin A. A., Chetverov V. N.

*Orenburg State Medical University, Department of Dentistry and Maxillofacial Surgery,
Orenburg, Russian Federation*

The aim of the study is to present the experience of using rapid diagnosis of PSAF autoadaptation in the treatment of patients with maxillofacial malignant tumors.

Objects and methods. The conclusion about the structure and severity of the patient's subjective aversive perception of the factors causing the development of autoadaptation was made based on the analysis of the information contained in the document personally filled out by each patient — the "Doctor's Voluntary Confidential Information Sheet" (DVCIS).

A total of 100 people were surveyed. All patients had a morphologically confirmed cancer diagnosis, for which they underwent surgical or combined treatment. All patients before the operation, and then on the 3rd and 7th days after it, filled out the LDDIV. The patients' responses were evaluated by clusters (P — psychological, S — social, A — anatomical, F — functional) with the calculation of the total severity index in points and the PSAF-autoadaptation index as a percentage.

Results. The analysis showed that in the vast majority of patients with malignant tumors of maxillofacial localization, complaints prevailed in the preoperative period, related to psychological and functional clusters. At the same time, 82 % of patients rated the degree of concern for their health as extremely alarming, and 18 % as highly alarming.

Conclusion. The results obtained indicate the importance and necessity of evaluating PSAF-autoadaptation at all stages of examination and treatment of patients with maxillofacial malignant tumors.

Keywords: maxillofacial region; tumors; treatment; autoadaptation; rehabilitation of patients.

Введение. Для диагностики психосоматического состояния пациента был предложен и апробирован в ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова» метод экспресс-диагностики психо-социально-анатомо-функциональной аутодезадаптации (ПСАФ). Использование данной методики возможно на уровне первичного звена медико-санитарной помощи [1, 2]. Она дает возможность применить не нозологический, а синдромальный подход к диагностике психосоматического состояния пациентов. Такой подход к диагностике хорошо известен в России по работам профессора Г. Б. Федосеева — автора пятитомного издания «Синдромная диагностика внутренних болезней».

Аутодезадаптация — это психологическое состояние человека от чувства легкого душевного дискомфорта до тяжелой депрессии и/или тоски, которые формируются под влиянием разнообразных действующих факторов внутренней и внешней среды. Воздействие таких факторов субъективно могут не позволять пациенту чувствовать себя здоровым, успешным человеком. Поэтому

исследование синдрома ПСАФ аутодезадаптации оценивается как субъективное суждение и восприятие человеком аверсивного воздействия совокупности факторов внутренней и внешней среды биологического, психического, социально-экономического, экологического характера, распределенных по четырем кластерам (П — психологическому, С — социальному, А — анатомическому, Ф — функциональному).

В течение последних двадцати лет исследование синдрома ПСАФ аутодезадаптации широко применяется при различной патологии клинической стоматологии, ортодонтии, челюстно-лицевой хирургии, в процессе привыкания пациентов к различным конструкциям зубных протезов [2, 3].

Однако многие вопросы, касающиеся личностного реагирования на болезнь и особенности проявления аутодезадаптации у пациентов с новообразованиями головы и шеи на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации, практически не исследованы и представлены только единичными сообщениями в специальной литературе [4, 5].

Цель исследования — представить опыт применения экспресс-диагностики аутодезадаптации при лечении пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации.

Объекты и методы. Сделать вывод о структуре и выраженности субъективного аверсивного восприятия пациентом факторов, вызывающих развитие аутодезадаптации, позволяет анализ информации, содержащейся в собственноручно заполненном пациентом документе, которым является «Лист добровольной доверительной информации врача» (ЛДДИВ).

Проведен анализ ЛДДИВ, заполненных онкологическими пациентами, находившихся на лечение в отделении опухолей головы и шеи государственного автономного учреждения здравоохранения (ГАУЗ) «Оренбургский областной клинический онкологический диспансер», являющемся клинической базой кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» (ОрГМУ). Всего проанкетировано 100 человек. У всех пациентов морфологически был подтвержден диагноз рака, в том числе у 20 — рака губы (МКБ-10 C00); у 20 — злокачественные новообразования полости рта (C01–04); 20 имели злокачественные опухоли околоушной слюнной железы (C07); у 37 человек — злокачественные новообразования кожи диагностированы (C44); у 3 пациентов — меланомы (C43). Все указанные лица были подвергнуты хирургическому или комбинированному лечению. Выполнение хирургического этапа лечения осуществляли под комбинированным эндотрахеальным наркозом с интубацией через рот или предварительно наложенную трахеостому. Индукция анестезии проводилась растворами фентанила 0,1 мг, пропофола 1,5–2,5 мг/кг. В качестве релаксантов использовали рокуроний 0,6 мг/кг. Обезболивание осуществляли ведением фентанила 5 мг/кг в час. Поддержание анестезии проводили препаратом «Десфлюран» с минимальной альвеолярной концентрацией 0,8–1,0.

Все пациенты до операции, а затем на 3 и 7 сутки после проведения хирургического вмешательства заполняли ЛДДИВ, в который вписывали все то, что беспокоит, страшит, болит, проявляется нарушением функции органов и систем, не позволяет чувствовать себя здоровым, счастливым человеком. Пациент оценивал насколько выражена каждая жалоба: чрезвычайно, сильно, умеренно, слабо. После перевода этих понятийных оценок в баллы от 1 до 9 рассчитывается суммарный интегральный показатель аутодезадаптации пациента, а также выраженность жалоб пациента по отдельности, по четырем различным кластерам ПСАФ.

Психологический (психический) кластер включал тревогу за исход заболевания, результат лечения; страх перед предстоящей операцией; волнения, связанные с отрицательной эстетической самооценкой послеоперационных изменений лица; переживания, связанные с негативной эстетической самооценкой своего лица в целом или отдельных анатомических структур; переживания, связанные с негативной эстетической самооценкой.

В социально-экономический кластер входили проблемы в межличностных отношениях; проблемы на работе, в вузе, депрессия из-за возможного снижения социально-экономического статуса; переживания за родных и близких.

Анатомический кластер включал дефекты, деформации и диспропорции лица в целом и отдельных его частей; дефекты и деформации зубов, зубных рядов, челюстей; дефекты, деформации, диспропорции других частей лица; рубцы, дефекты и деформации кожных покровов.

В функциональный кластер входили ограничение открывания рта, тугоподвижность в височно-нижнечелюстных суставах; затруднение глотания, откусывания и разжевывания пищи; нарушение дыхания, речи, мимики, зрения, слуха, слезотечение.

Оценивали распределение ответов пациентов по указанным кластерам с подсчетом суммарного показателя выраженности в баллах и его удельный вес каждого кластера в структуре суммарного интегрального показателя ПСАФ-аутодезадаптации в процентах и выраженность в баллах жалоб, относящихся к данному кластеру.

Результаты. Проведенный анализ показал, что у абсолютного большинства пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации в дооперационном периоде преобладали жалобы, относящиеся к психологическому и функциональному кластерам. При этом 82 % пациентов оценили степень беспокойства за свое здоровье как чрезвычайно тревожное, а 18 % — как сильно тревожное.

Накануне операции 85 % анкетизируемых оценили степень волнения у себя как чрезвычайно тревожное. Сильное беспокойство по поводу возможного наличия послеоперационных рубцов на лице зафиксировано у 71 %, умеренное — у 29 % анкетизированных. Возможное возникновение нарушений акта жевания, глотания, разговорной речи чрезвычайно волновали 34 % пациентов, умеренно — 1 %, не вызывали волнения — у 51 %. Чрезвычайную тревожность

по поводу своего заболевания отмечали 65 %, сильную — 25 %, умеренную — 10 % опрошенных пациентов.

У пациентов с диагнозом рак кожи или меланома до операции преобладали жалобы, относящиеся к анатомическому кластеру. Суммарный показатель аутодезадаптации у этой группы пациентов составил 38 баллов. После операции у них стали преобладать жалобы психологического кластера.

У лиц с диагнозом рак дна полости рта и языка до операции преобладают жалобы, относящиеся к функциональному и анатомическому кластерам. Суммарный показатель аутодезадаптации равнялся 45 баллам. После операции этот вид жалоб уменьшился, преобладали в меньшей степени жалобы, относящиеся к функциональному и анатомическому кластерам.

У пациентов с диагнозом рак околоушной слюнной железы до операции главенствовали жалобы, относящиеся к функциональному кластеру (нарушение мимики лица, болевой синдром). После операции стали преобладать жалобы, относящиеся к функциональному и психологическому кластерам (паралич лицевого нерва или отдельных его ветвей, снижение самооценки).

Заключение. Выявленные закономерности подтверждают данные специальной литературы о важности и необходимости оценки ПСАФ-аутодезадаптации на всех этапах обследования и лечения пациентов с злокачественными опухолями челюстно-лицевой локализации, а также необходимости проведения скрининга лиц с высоким показателем психологического кластера (20 баллов и более), нуждающихся в психологическом консультировании. Это позволит вносить коррективы в комплексную персонифицированную программу лечения и реабилитации онкологических пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Соловьев, М. М. Использование синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации для контроля состояния больных после оперативных вмешательств по поводу заболеваний, повреждений челюстей и ЛОР-органов / М. М. Соловьев // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. – 2013. – Т. 19. – № 1. – С. 25–28.
2. Использование «Синдрома психосенсорно-анатомо-функциональной дезадаптации» в лечебно-диагностическом, учебно-образовательном и воспитательном процессах / М. М. Соловьев [и др.]. – СПб. : Изд-во ПСПбГМУ, 2015. – 36 с.
3. Системный биопсихосоциальный подход к обследованию и лечению больных челюстно-лицевой патологией с использованием данных экспресс-диагностики ПСАФСэ аутодезадаптации / М. М. Соловьев [и др.] // *Вестник стоматологии и челюстно-лицевой хирургии*. – 2019. – Т. 16, № 4. – С. 14–22.
4. Матчин, А. А. Первые итоги апробации использования синдрома психо-сенсорно-функциональной дезадаптации в онкостоматологии / А. А. Матчин, Л. А. Шупляк // *Оренбургский медицинский вестник*. – 2020. – Т. 129, № 1. – С. 39–46.
5. Матчин, А. А. Синдром психо-сенсорно-анатомо-функциональной аутодезадаптации у больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области / А. А. Матчин, А. А. Четверова // *Стоматология*. – 2024. – Т. 103, № 4. – С. 20–27. doi: 10.17116/stomat202410304120.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ МИНГОРИСПОЛКОМА
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
ОО «АССОЦИАЦИЯ ОРАЛЬНЫХ И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ХИРУРГОВ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ»

**ПЕРСПЕКТИВНЫЕ ВОПРОСЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ
И ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ, ИННОВАЦИОННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ И МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ РЕШЕНИЯ**

Материалы юбилейного X Национального конгресса
с международным участием «Паринские чтения 2026»

(Минск, 7–8 мая 2026 года)



Минск БГМУ 2026

ISBN 978-985-21-2235-1

© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2026