

**МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ
С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец

Кафедра стоматологии Медицинской академии им. С.И. Георгиевского
ФГАОУ ВО Крымский федеральный университет им. В.И. Вернадского
г. Симферополь, Россия

Резюме. Преобладание в клинике челюстно-лицевой хирургии пациентов с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием (37,82%) обосновывает необходимость применения специального психосоматического лечения, в виде рациональной психотерапии, пролонгированной премедикации, антидепрессантов, транквилизаторов, препаратов, повышающих свертывание крови, антиоксидантов, нестероидных противовоспалительных средств и антибиотиков. Применение своевременной и адекватной коррекции психосоматического состояния дает возможность избежать развития гипертонических состояний в пред – и интраоперационном периодах в 91,6% случаев, снизить число послеоперационных гематом – на 22,38%, распространенных отеков и интенсивной болевой реакции – на 29,75% и выраженность местных воспалительных реакций в целом у 89,51 % пациентов, что, в конечном итоге, способствует оптимизации условий для заживления раны и формированию эстетически полноценного рубца в 62,68% случаев.

Ключевые слова: психосоматическое состояние, профилактика, психосоматическое лечение.

**THE METHOD OF PREVENTING COMPLICATIONS IN PATIENTS
WITH SURGICAL PATHOLOGY IN THE MAXILLOFACIAL AREA**

A.A. Dzhereley, I.G. Romanenko, D.Y. Kryuchkov, S.M. Gorobets

Department of stomatology Medical Academy named after S.I. Georgievsky
FAEI HE Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky
Simferopol, Russia

Summary. The predominance of the clinic of maxillofacial surgery of patients with anxiety and obsessive-phobic psychosomatic condition (37.82%) justifies the need for special treatment of psychosomatic, as a rational therapy, prolonged sedation, antidepressants, tranquilizers, drugs that increase blood clotting, antioxidants, non-steroidal anti-inflammatory agents and antibiotics. The use of timely and adequate correction of psychosomatic condition makes it possible to avoid the development of hypertensive states in the pre – and intraoperative periods in 91.6% of cases, reduce the number of postoperative hematomas – by 22.38%, widespread swelling and intense pain response – at 29.75% and severity of local inflammatory reaction in general, 89.51% of patients that ultimately contributes to optimize the conditions for wound healing and scar formation in full aesthetically in 62.68% of cases.

Keywords: psychosomatic condition, prevention and treatment of psychosomatic.

По данным Джерелей А.А. (1998) пациенты с хирургической патологией в челюстно-лицевой области представлены группой с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием, которая составляет 37,82% от всех больных [1]. Анализ клинико-лабораторных показателей у больных с такой психосоматической реакцией продемонстрировал значительное отклонение их от нормы, что обусловило негативное влияние на течение послеоперационного периода соматического заболевания. Это было вызвано воздействием стрессорных факторов, которые у челюстно-лицевых больных способны инициировать развитие максимально выраженной психологической реакции.

Больной не способен самостоятельно структурировать сложившуюся ситуацию, не имея возможности повлиять на процесс лечения, что и является одним из основных пусковых факторов тревоги. Появление тревоги у таких пациентов провоцирует выброс адреналина, который вызывает спазм сосудов, тахикардию и обуславливает повышение артериального давления перед операцией ($144 \pm 0,34/93,3 \pm 0,3$ мм рт. ст.), а также стимулирует тканевой обмен [2]. Выброс адреналина так же обуславливает образование комплекса адреналина с эндогенным гепарином, что ведет к удлинению времени свертывания крови [3,4,5,6]. Поэтому для пациентов с тревожно-об-

сессивно-фобической психосоматической реакцией характерно снижение протромбина и фибрина перед операцией в 96,47% случаев, соответственно, на 18,81% (до $73,84 \pm 0,78\%$) и на 5,51 мг (до $10,92 \pm 0,24$ мг). Время свертывания крови пролонгировалось до 6 мин. $58 \text{ с} \pm 0,075$.

Недостаток фибрина снижает регенерацию тканей, ангиогенез, синтез коллагена и бактериостатическую активность [7]. Это приводит к развитию более выраженной местной воспалительной реакции, а в последующем к осложнениям в виде нагноения раны и к замедлению репаративных процессов, что было подтверждено исследованиями уровня болевой реакции, выраженности послеоперационного отека и характера изменений локальной температуры. Поэтому снижение фибрина является важным прогностическим признаком в оценке перспектив течения и завершения раневого процесса [8].

Так болевая реакция у таких пациентов соответствовала выраженным показателям на первые (47,05%) третьи (51,76%), и седьмые (23,52%) сутки наблюдений. Тенденция к снижению болевой реакции практически отсутствовала – симптом проявлялся через 1-2 часа после операции и сохранялся до 7-8 суток.

Послеоперационный отек преимущественно соответствовал выраженному.

Локальная температура сохранялась повышенной в среднем на $1,26 \pm 0,33^\circ\text{C}$ на протяжении 5-6

дней, то есть почти весь ранний послеоперационный период.

Средний ее показатель составил в 1-е сутки – $36,21 \pm 0,2^\circ\text{C}$, 3-и сутки – $36,2 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 5-е сутки – $35,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 7-е сутки – $34,2 \pm 0,1^\circ\text{C}$ [9].

Показатели ширины послеоперационного рубца через 6 месяцев соответствовали широкому в 37,65%, через год после хирургического вмешательства – 32,94%.

Анализ качественных характеристик послеоперационного рубца через один год показал, что неэстетичные рубцы имели место у 35,29% больных, зачастую сохраняли спаянность с подлежащими тканями, были малоподвижными в 32,94% случаях, что связано с рубцовыми и склеротическими изменениями в тканях, возникшими в результате выраженных воспалительных реакций в зоне хирургической травмы в ранние сроки послеоперационного периода [10,11].

Цель исследования: оценить эффективность лечения, направленного на профилактику пред-, интра- и послеоперационных осложнений у больных с хирургической патологией в челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 90 пациентов с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием. Распределение больных по нозологическим формам представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных основной группы по нозологическим формам

Нозологические формы				
Дермоидные кисты	Хронический гиперпластический лимфаденит	Атеромы	Липомы	Итого
30	15	24	21	90

При первичном осмотре нами были выявлены образования размерами от 1,5 до 3,5 см в диаметре. Кожные покровы были физиологической окраски, без признаков воспаления над образованием. Все образования были безболезненными, неспаянными с подлежащими тканями (96,5%).

Общее состояние больных при первичном осмотре было удовлетворительным, но отличалось высокой тревогой и нервозностью.

Хирургические вмешательства заключались в удалении образований. Все операции проводились под местным обезболиванием. В процессе выполнения хирургического вмешательства визуально определяли выраженный уровень кровотоковости тканей. В послеоперационном периоде мы обращали внимание на величину гематом, распространение отека и интенсивность болевого компонента.

Для адекватного психотерапевтического воздействия на больных с тревожно-обсессивно-фобическим психосоматическим состоянием необходимо было учитывать дифференциацию тревоги, которая по результатам нашего исследования имела два типа: реалистический (возникает в предоперационном периоде и стихает, как только исчезает сама угроза) и невротический (возникает в послеоперационном периоде, из-за неспособности контролировать инстинктивные побуждения). Это послужило для нас основанием перед операцией проводить рациональную психотерапию, а в послеоперационном периоде – еще и косвенную – в виде плацебо-терапии.

В комплекс лечения пациентов включили пролонгированную премедикацию, которая началась перед ночным сном, за 2 часа и за 40 минут до операции. Это позволило обеспечить психоэмоциональную и вегетосудистую стабильность.

Рациональную психотерапию проводили на протяжении всего послеоперационного периода - больным разъяснялись причины заболевания, его патогенез, особенности лечения, возможную динамику в доступной пациенту форме, не подчеркивая сложность операции, так как это могло привести к формированию новых типов соматонозогнозий.

В премедикационном периоде пациентам перед сном, накануне хирургического вмешательства, назначали: дормикум 7,5 мг, внутрь или дипразин по 0,025 г, внутрь, или сибазон по 0,005 г, внутрь. Такие же препараты использовали повторно за 2 часа до операции. За 40 минут до хирургического вмешательства вводили холинолитики, наркотические анальгетики, и антигистаминные препараты (атропина сульфат, промедол, димедрол) в обычных дозах. Из группы антидепрессантов нами использовался прозак (20 мг – 1 раз в сутки), людиомил (50 мг – 3 раза в сутки). Наш выбор был обусловлен тем, что людиомил помимо антидепрессивного обладает еще седативным, транквилизирующим и анксиолитическим действиями, а также улучшает сон. Прозак улучшает социальное функционирование, повышает энергетический потенциал, снижает тревожность. В случаях ярко выраженной тревожно-обсессивно-фобической реакции с преобладанием непрерывного беспокойства в послеоперационном периоде применяли транквилизаторы – дипразин по 0,025 г внутрь или сибазон по 0,005 г внутрь.

Пациентам также назначались препараты, повышающие активность свертывающей системы крови: этамзилат натрия за 30 минут до операции 4 мл в/м. Для снижения выраженности воспалительной реакции использовали селективный нестероидный противовоспалительный препарат: нимид по 1 таб. 2 раза в сутки после еды. При выявлении тенденции к развитию выраженной воспалительной реакции – неселективный нестероидный противовоспалительный

препарат «Паноксен» (диклофенак натрия – 50 мг, парацетамол – 500 мг) по 1 таб. 2 раза в сутки. Кроме того, в комплекс лечения включали антиоксиданты: аскорбиновую кислоту 0,1 – 3 раза в сутки, α токоферола ацетат 0,4 – 1 раз в сутки. Обязательным компонентом лечения были антибактериальные средства широкого спектра действия.

Результаты проведенного исследования

Использованный комплекс лечения приводит к менее выраженному повышению уровня артериального давления в предоперационном периоде, к стабилизации показателей свертывающей системы крови, к менее выраженной воспалительной реакции и, как следствие к формированию эстетического рубца (табл. 2).

Обращает на себя внимание, что в раннем послеоперационном периоде частота развития послеоперационных гематом, выраженность отека и интенсивность болевого компонента в группе больных, где проводилось традиционное лечение было значительно более выраженным. В этой группе диагностированы гематомы паравульварной зоны в 30,77%, выраженные отек и боль – в 47,93%. Среди пациентов, к которым была применена новая методика терапевтического воздействия, гематомы были выявлены в 8,39%, выраженные отек и боль – в 18,18%.

Показатели отека и болевой реакции в группе с традиционным лечением в среднем составили на 1-е сутки $2,26 \pm 0,051$ балла, на 3-и сутки – $2,32 \pm 0,089$ балла, на 7-е сутки $-1,56 \pm 0,077$ балла, а в группе с психосоматическим лечением: на 1-е сутки $0,81 \pm 0,031$ балла, на 3-и сутки – $1,06 \pm 0,026$ балла, на 7-е сутки – $0,42 \pm 0,044$ балла, при достоверных различиях ($P < 0,001$) по всем указанным срокам наблюдений.

Предложенное нами лечение позволило достоверно снизить показатели локальной температуры, которые соответствовали: 1-е сутки – $34,36 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 3-и сутки – $34,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 5-е сутки – $34,4 \pm 0,2^\circ\text{C}$, 7-е сутки – $33,8 \pm 0,1^\circ\text{C}$, а в группе сравнения – составили: в 1-е сутки – $36,21 \pm 0,2^\circ\text{C}$, 3-и сутки – $36,2 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 5-е сутки – $35,5 \pm 0,1^\circ\text{C}$, 7-е сутки – $34,2 \pm 0,1^\circ\text{C}$.

Таблица 2

Психо-клинико-лабораторные показатели в основной и контрольной группах

Клинико-лабораторные показатели	Группы наблюдений	
	Контрольная	Основная
Артериальное давление (мм рт.ст.), за 2 часа до операции	144±0,34/ 93,3±0,3	130±0,29 P<0,001/ 74,5±0,43P<0,001
Протромбин (%) а) за 1 день до операции б) за 2 часа до операции	93,76±1,03 73,35±0,83	90,72±1,01 87,89±0,73 P<0,001
Фибрин (мг), а) за 1 день до операции б) за 2 часа до операции	16,43±0,13 10,92±0,24	16,37±0,13 15,77±0,14 P<0,001
Время свертывания за 2 часа до операции	6 мин. 58 с ±0,07	6 мин. 09 с ±0,085 P<0,001
Отек, болевая реакция (в баллах) 1 сутки 3 сутки 7 сутки	2,26±0,051 2,32±0,089 1,56±0,077	0,81±0,031 1,06±0,026 0,42±0,044
Локальная температура(°C) 1 сутки 3 сутки 5 сутки 7 сутки	36,21 ± 0,2 36,2 ± 0,1 35,5 ± 0,1 34,2 ± 0,1	34,36 ± 0,1 34,8 ± 0,1 34,4 ± 0,2 33,8 ± 0,1
Ширина п/о рубец (мм) через 1 год	2,15±0,099	1,25±0,033 P<0,05

Примечания: P – достоверность различий показателей основной группы в сравнении с контрольной

Выводы

1. Применение своевременной и адекватной коррекции психосоматического состояния дает возможность избежать развития гипертонических состояний пред- и интраоперационном периодах в 91,6% случаев, снизить формирование гематом на 22,38%, выраженных отеков и интенсивной болевой реакции на 29,75%, снизить выраженность местной воспалительной реакции в целом у 89,51% пациентов, что способствует оптимизации репарации формирования эстетически полноценного рубца в 62,68% случаев.
2. Использование психосоматического лечения показывает наиболее выраженный протекторный эффект, который проявил себя ограничением прироста артериального давления на 14 ± 0,29/18,8 ± 0,34 мм рт. ст., повышением показателя протромбинового индекса на 2,83 ± 0,56%, фибрина на 0,6 ± 0,1 мг, сокращением времени свертывания крови на 45 ± 0,09 с, уменьшением ширины послеоперационного рубца на 0,95 ± 0,09 мм.

Литература

1. Джерелей, А.А. Особенности психоэмоционального состояния пациентов с челюстно-лицевой патологией, требующих хирургического лечения и принципы общей терапии / А.А. Джерелей // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. - 1998. - Т. 134, ч. 2. - С. 347-352.
2. Вейн, А.М. Роль психовегетативных нарушений в патогенезе соматических заболеваний / А.М. Вейн, И.В. Родитат // Клинич. медицина. – 1972. – №9. – С. 6-11.
3. Гвоздев, П.И. Изменения в свёртывающей и антисвёртывающей системах крови при прыжках с парашютом / П.И. Гвоздев, М.И. Лыткин, А.С. Мозжухин // Физиологический журн. СССР им. Сеченова. – 1971. – №10. – С. 1526-1530.
4. Довгялло, Г.Х. Физиологическая регуляция системы свёртывания крови / Г.Х. Довгялло // Здравоохран. Белоруссии. – 1974. – №4. – С. 22-25.

5. Кочеткова, Т.В. Действие адреналина на свёртывание крови, и ретракцию кровяного сгустка / Т.В. Кочеткова // Система свёртывания и фибринолиз. – К.: Здоровье, 1969. – С. 84.
6. Кудряшов, Б.А. Успехи физиологической науки / Б.А. Кудряшов. – М., 1970. – С. 1; 4; 17.
7. Костючёнок, Б.М. Раны и раневая инфекция / Б.М. Костючёнок. – М.: Медицина, 1990. – С. 27-31.
8. Безруков, С.Г. Динамика показателей свертывающей системы крови при различных видах психологических реакций у больных с хирургической патологией ЧЛЮ / С.Г. Безруков, А.А. Джерелей // Современная стоматология. - 2004. - №2. - С. 70-72.
9. Безруков, С.Г. Выраженность воспалительного процесса при различных психологических реакциях у хирургических стоматологических больных / С.Г. Безруков, А.А. Джерелей // Вісник стоматології. - 2007. - №2. - С. 33-37.
10. Безруков, С.Г. Характеристика послеоперационного рубца у хирургических стоматологических больных в разных психосоматических подгруппах / С.Г. Безруков, А.А. Джерелей // Дентальные технологии. - 2007. - №03-04. - С. 47-50.
11. Джерелей, А.А. Динамика психосоматических показателей у хирургических стоматологических больных при их коррекции / А.А. Джерелей, Д.Ю. Крючков // Крымский журнал экспериментальной и клинической медицины. -2014. - Том 4, №2(14). – С. 11-17.