

Семенов Д. М.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ НА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Semenov D.M.

GENDER FEATURES OF TRAUMATIC EXPERIENCE IN MAXILLOFACIAL TRAUMA

Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine

Резюме

Актуальність. Травми щелепно-лицевої ділянки є однією з центральних медичних проблем індустріального урбаністичного суспільства. Окрім суто хірургічних методів медичної допомоги особам з даним типом травматизації, важливу роль у процесі відновлення якості життя та соціального функціонування, грають також психологічні методи, що фокусовано на травматичному досвіді, післяопераційному болю та сприйнятті посттравматичних дефектів.

Мета дослідження: встановлення гендерних особливостей психологічного реагування на травматичний досвід при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у проспективному дизайні на 40 пацієнтах КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» м. Запоріжжя, які знаходилися у післяопераційному періоді реконструктивного оперативного втручання з приводу травм щелепно-лицевої ділянки.

Результати дослідження. За результатами аналізу психологічного статусу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицевої ділянки було 6 варіантів реакцій на травматичний досвід: недиференційовані негативні емоції, моторні та сенсорні реакції, соматофункціональні реакції, стоматоформні реакції, поведінкові реакції, психосенсорні реакції.

Висновки. Встановлено незначні відмінності між психологічними реакціями на травматичний досвід при травмах щелепно-лицевої ділянки між чоловіками та жінками. Чоловіки мають менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги, але більший за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги. Також чоловіки мають менший рівень порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення.

Ключові слова: *травми щелепно-лицевої ділянки, травматичний досвід, тривога, дисоціація.*

Вступ. Травми щелепно-лицевої ділянки є однією з центральних медичних проблем індустріального урбаністичного суспільства. Окрім суто хірургічних методів медичної допомоги особам з даним типом травматизації, важливу роль у процесі відновлення якості життя та соціального функціонування, грають також психологічні

методи, що фокусовано на травматичному досвіді, післяопераційному болю та сприйнятті посттравматичних дефектів [1, 2, 4, 7].

Важливим для формування комбінованого підходу до терапії та реабілітації даного контингенту хворих є розуміння відмінностей у гендерному сприйнятті різних аспектів травм щелепно-лицевої ділянки, а саме: ес-

тетичних, функціональних та стоматологічних порушень. Безперечно, масивні ураження, що формують значні пластичні дефекти та/або втрату функцій органів обличчя, викликають приблизно рівну критичну психологічну реакцію як у чоловіків, так і у жінок; між тим, легкі порушення – післяопераційні рубці, легка асиметрія, часткові порушення зубного ряду та інші, сприймаються по-різному та потребують гендерно-диференційованого підходу та технік психологічної корекції [3, 5-7].

Таким чином, дослідження варіабельності психологічних реакцій осіб різної статі на травматичний досвід та стани посттравматичного дефекту при ушкодженнях щелепно-лицьової ділянки є важливим кроком до розробки ефективних моделей психологічної корекції та загальної реабілітації при даній групі ушкоджень.

Мета дослідження: встановлення гендерних особливостей психологічного реагування на травматичний досвід при ушкодженнях щелепно-лицьової ділянки.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у проспективному дизайні на 40 пацієнтах КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» м. Запоріжжя, які знаходилися у післяопераційному періоді реконструктивного оперативного втручання з приводу травм щелепно-лицьової ділянки. В контингенті дослідження було 20 осіб чоловічої та 20 осіб жіночої статі. Контингент дослідження за гендерною ознакою було розподілено на групу чоловіків (ГЧ) та групу жінок (ГЖ).

У контингент дослідження було включено осіб із наступними варіантами травматичних ушкоджень: перелом нижньої щелепи, перелом альвеолярного відростка щелепи, перелом верхньої щелепи, перелом виличної кістки і виличної дуги, перелом кісток носа. Особи, які мали значні посттравматичні дефекти (пластичні порушення зовнішності, втрата функцій органів обличчя, тотальні дефекти зубного ряду) не включалися у дослідження. Характер травматичних подій був подібним – дорожньо-транспортні пригоди.

Методи дослідження: психодіагностичний, статистичний.

Результати та їх обговорення. За результатами аналізу психологічного статусу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицьової ділянки було 6 варіантів реакцій на травматичний досвід:

- 1) недиференційовані негативні емоції – відчуття безпредметної тривоги, гостре відчуття страху, що асоційовано з обставинами травмування (страх темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту тощо), занепокоєння щодо результатів оперативного втручання з очікуванням поганих результатів, побоювання щодо ускладнень оперативного втручання, втрати звичних інтересів та почуття задоволення, пригніченості;
- 2) моторні та сенсорні реакції (із залученням впливу неврологічних порушень асоційованих з фізичними наслідками травми голови та факторів, що є наслідками оперативного втручання та анестезіологічної допомоги) – підвищений тонус скелетних м'язів, їх тикоподібного посмикування, дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, парестезії;
- 3) соматофункціональні реакції (із залученням впливу факторів, що є наслідками оперативного втручання та анестезіологічної допомоги) – тахікардії, відчуття серцебиття та пульсація в судинах, локального болю у грудях, почуття тиску і стиснення в грудях, відчуття задухи, частих зітхань, метеоризму, болю у животі, печії, відчуття переловненого шлунка, нудоти, блювання, бурчання в животі, діареї, запорів, порушень апетиту, прискореного сечовипускання, сильних позивів на сечовипускання, дизурії, ніктурії, почервоначення або блідості шкіри, мідріазу, пітливості.
- 4) стоматоформні реакції – локальний біль у зубах та щелепі, парестезії ротової порожнини, відчуття дискомфорту та сухості в роті, дезавтоматизація жування та ковтання, пов'язані зі страхом травматизації післяопераційних зон (уявлення про можливість розходження лігатур, зміщення фрагментів кісток, по-

шкодження фіксуючих засобів тощо), побоюванням щодо виникнення больових відчуттів (алгофобія);

- 5) поведінкові реакції – імпульсивність, патетичність, манерність, демонстративність, загальне збудження, неспокійної жестикуляції, мімічних реакцій, опозиційного ставлення до лікування, агресії, симуляції, диссимуляції, агравації, дезагравації;
- б) психосенсорні реакції – відчуття того, що все, що відбувається з особою – відбувається не з нею, відчуття відчуження від себе, погляду на себе «зі сторони», порушення відчуття власного тіла, порушення сприйняття оточення, порушення відчуття часу, порушення відчуття болю, відчуття того, що оточення є не-реальним, «декораціями», порушенням можливості вірної оцінки часу, почуття «розтягування» часу або його «прискорення», анестезії ділянок тіла, що не співпадають із зонами іннервації.

Рівні проявів даних варіантів реакцій було досліджено за показниками тривоги та дисоціації.

Дослідження рівнів симптомів асоційованих з тривогою було проведено з використанням шкали тривоги Гамільтона (табл. 1).

Показник страху було оцінено за наявністю: гострого відчуття страху, що асоційовано з обставинами травмування (страх темряви, незнайомців, самотності, тварин, натовпу, транспорту тощо). В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 6 (30%) осіб, в ГЖ у 13 (65%) осіб ($p(\chi^2) = 0,02$).

Порушення сну було оцінено за наявністю: утрудненого засинання, переривчастого сну, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 9 (45%) осіб, в ГЖ у 11 (55%) осіб ($p(\chi^2) = 0,52$).

Когнітивні порушення було оцінено за наявністю: утруднень у концентрації уваги та погіршення пам'яті. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 7 (45%) осіб, в ГЖ у 5 (25,0%) осіб ($p(\chi^2) = 0,49$).

Симптоми депресивного стану було

оцінено за наявністю: втрати звичних інтересів та почуття задоволення, пригніченості. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 12 (60,0%) осіб, в ГЖ у 17 (85,0%) осіб ($p(\chi^2) = 0,07$).

Моторні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: підвищеного тону скелетних м'язів, їх тікоподібного посмикування. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 17 (85%) осіб, в ГЖ у 18 (90%) осіб ($p(\chi^2) = 0,63$).

Сенсорні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: дзвону у вухах, нечіткості зору, приливів жару і холоду, парестезій. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 12 (60%) осіб, в ГЖ у 14 (70%) осіб ($p(\chi^2) \leq 0,50$).

Кардіоваскулярні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: тахікардії, відчуття серцебиття та пульсації в судинах, локального болю у грудях. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 9 (45%) осіб, в ГЖ у 10 (50%) осіб ($p(\chi^2) = 0,75$).

Респіраторні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: почуття тиску і стиснення в грудях, відчуття задухи, частих зітхань. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 4 (20%) осіб, в ГЖ у 14 (70%) осіб ($p(\chi^2) \leq 0,01$).

Гастроінтестинальні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: метеоризму, болю у животі, печії, відчуття переповненого шлунка, нудоти, блювання, бурчання в животі, діареї, запорів, порушень апетиту. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 8 (75,0%) осіб, в ГЖ у 2 (60%) осіб ($p(\chi^2) = 0,02$).

Урогенітальні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: прискореного сечовипускання, сильних позивів на сечовипускання, дизурії, ніктурії. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 3 (15,0%) осіб, в ГЖ у 4 (20%) осіб ($p(\chi^2) = 0,67$).

Вегетативні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: сухості у роті, почерво-нінню або блідості шкіри, мідріазу, пітливості. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 18 (90%) осіб, в ГЖ у 20 (100%) осіб ($p(\chi^2) = 0,14$).

Поведінку при контакті з лікарем було оцінено за наявністю: неспокійної жестикуляції, тремору, мімічних реакцій, напруже-

ності, частого ковтання слини. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 13 (65%), в ГЖ у 16 (80%) осіб ($p(\chi^2) = 0,28$).

Таблиця 1

Прояви тривоги в ГЧ та ГЖ за показниками шкали Гамільтона

Показник	ГЧ		p(χ^2)	ГЖ	
	n	%		n	%
Страх	6	30	0,02	13	65
Порушення сну	9	45	0,52	11	55
Когнітивні порушення	7	35	0,49	5	25
Симптоми депресивного стану	12	60	0,07	17	85
Моторні симптоми тривоги	17	85	0,63	18	90
Сенсорні симптоми тривоги	12	68	0,50	14	70
Кардіоваскулярні симптоми тривоги	9	45	0,75	10	50
Респіраторні симптоми тривоги	4	20	$\leq 0,01$	14	70
Гастроінтестинальні симптоми тривоги	8	40	0,02	2	10
Урогенітальні симптоми тривоги	3	15	0,67	4	20
Вегетативні симптоми тривоги	18	90	0,14	20	100
Поведінка при контакті з лікарем	13	65	0,28	16	80

Таким чином, аналіз рівнів проявів феноменів асоційованих з тривогою демонструє, що в цілому ГЧ має менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги; ГЖ мали менший рівень проявів за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги.

Далі було проведено оцінку рівнів прояву симптомів дисоціації з використанням адаптованого варіанту шкали дисоціації (табл. 2).

Задля конвертації псевдокількісних даних у якісні, суму балів отриманих за кожним питанням з категорії опитувальника було розділено на кількість питань даної категорії. Особи, які отримали результат більший, ніж 50%, при можливому результаті в інтервалі від 0% до 100%, були марковані як ті, які облігатно демонструють даний феномен, інші – як ті, які демонструють його спорадично (або адекватно обставинам).

Порушення відчуття власного тіла, що було оцінено за наявністю феноменів деперсоналізації (відчуття того, що все, що

відбувається з особою – відбувається не з нею, відчуття відчуження від себе, погляду на себе «зі сторони»), було відмічено в ГЧ у 5 (25%) особи, в ГЖ – 13 (65%) особа ($p(\chi^2) = 0,01$).

Порушення сприйняття оточення, що було оцінено за наявністю феноменів дерелізації (відчуття того, що оточення є нереальним, є «декораціями»), проявлялося у 9 (45%) осіб з ГЧ, а в ГЖ – у 15 (45%) осіб, різниця між ГД не є значущою, та знаходиться на рівні $p(\chi^2) = 0,05$.

Порушення відчуття часу було оцінено за порушенням можливості вірної оцінки часу, почуття «розтягування» часу або його «прискорення», проявлялося у 11 (55%) осіб з ГЧ та у 16 (80%) осіб з ГЖ ($p(\chi^2) = 0,09$).

Порушення відчуття болю було оцінено за анестезії ділянок, що не співпадають із зонами іннервації, що відмічали 13 (65%) осіб в ГЧ, та 12 (60%) в ГЖ ($p(\chi^2) = 0,74$).

Прояви порушення пам'яті було оцінено за наявністю амнезії емоційно-значущих обставин отримання травми, які було зареє-

стровано, – відмічали 19 (95%) осіб з ГЧ та 18 (90%) з ГЖ ($p(\chi^2) = 0,54$).

Порушення контролю за поведінкою було оцінено за наявністю імпульсивності,

патетичності, манерності, які було зареєстровано в 6 (30%) осіб ГЧ, в ГЖ у 9 (45%) осіб ($p(\chi^2) = 0,32$).

Таблиця 2

Рівні прояву феноменів, асоційованих з дисоціацією, в ГЧ та ГЖ за даними адаптованого варіанту шкали дисоціації

Прояви	ГЧ (n=20)		p (χ^2)	ГЖ (n=20)	
	n	%		n	%
Порушення відчуття власного тіла	5	25	0,01	13	65
Порушення сприйняття оточення	9	45	0,05	15	75
Порушення відчуття часу	11	55	0,09	16	80
Порушення відчуття болю	13	65	0,74	12	60
Порушення пам'яті	19	95	0,54	18	90
Порушення контролю за поведінкою	6	30	0,32	9	45

Згідно з даними адаптованого варіанту шкали дисоціації в ГЖ більш виразними є прояви порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення. За іншими показниками достовірної різниці знайдено не було.

Висновки

Встановлено незначні відмінності між психологічними реакціями на травматичний досвід при травмах щелепно-лицьової ділянки між чоловіками та жінками. Чолові-

ки мають менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги, але більший за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги. Також чоловіки мають менший рівень порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення.

Отримані дані дозволяють у подальшому внести гендерно-залежні варіації у моделі психологічного супроводу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицьової ділянки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Afzelius L. E., Rosén C. Facial fractures. A review of 368 cases // *Int. J. Oral Surg.* 1980. № 9 (1). P. 25–32.
2. Briggs M., Closs J. S. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients // *J. Pain Symptom Manage.* 1999. № 18. P. 438–446.
3. Elhammali N., Bremerich A., Rustemeyer J. Demographical and clinical aspects of sports-related maxillofacial and skull base fractures in hospitalized patients // *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010. № 39 (9). P. 857–862.
4. Motamedi M. H. An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2003. № 61 (1). P. 61–64.
5. Riley J. L., Gilbert G. H. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex // *Pain.* 2001. № 90. P. 245–256.
6. Slade G. D., Diatchenko L., Bhalang K. et al. Influence of psychological factors on risk of temporomandibular disorders // *J. Dent. Res.* 2007. № 86. P. 1120–1125.
7. Sloman R., Wruble A. W., Rosen G., Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain // *Pain Manag. Nurs.* 2006. № 7. P. 153–158.

РЕЗЮМЕ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Семенов Д. М.

Запорожский государственный медицинский
университет, Украина

Актуальность. Травмы челюстно-лицевой области являются одной из центральных медицинских проблем индустриального урбанистического общества. Кроме чисто хирургических методов медицинской помощи лицам с данным типом травматизации, важную роль в процессе восстановления качества жизни и социального функционирования, играют также психологические методы, фокусированные на травматическом опыте, послеоперационной боли и восприятию посттравматических дефектов.

Цель исследования: установление гендерных особенностей психологического реагирования на травматический опыт при повреждении челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в проспективном дизайне на 40 пациентах КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи» г. Запорожье, которые находились в послеоперационном периоде реконструктивного оперативного вмешательства по поводу травм челюстно-лицевой области.

Результаты исследования. По результатам анализа психологического статуса лиц с травматическими поражениями челюстно-лицевой области было 6 вариантов реакций на травматический опыт: недифференцированные отрицательные эмоции, моторные и сенсорные реакции, соматофункциональные реакции, стоматоформные реакции, поведенческие реакции, психо-сенсорные реакции.

Выводы. Установлены незначительные различия между психологическими реакциями на травматический опыт при травмах челюстно-лицевой области между мужчинами и женщинами. Мужчины имеют меньший уровень проявлений по показателям страха и респираторных симптомов тревоги, но больше по показателям гастроинтести-

нальных симптомов тревоги. Также мужчины имеют меньший уровень нарушений ощущения собственного тела и нарушений восприятия окружения.

Ключевые слова: травмы челюстно-лицевой области, травматический опыт, тревога, диссоциация.

SUMMARY

GENDER FEATURES OF TRAUMATIC EXPERIENCE IN MAXILLOFACIAL TRAUMA

Semenov D.M.

Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine

Relevance. Injuries to the maxillofacial area is one of the most relevant medical problems of industrial society. In addition to surgical methods of medical care for people with this trauma type, an important role is dedicated to psychological methods that focused on traumatic experience, postoperative pain and reactions on post-traumatic defects.

Aim: to establish the gender characteristics of psychological response to traumatic experience in injuries of the maxillofacial area.

Materials and methods. The study was conducted in prospective design on 40 patients of the City Clinical Hospital for Emergency Care (Zaporizhzhya, Ukraine), who were in the postoperative period of reconstructive surgery for injuries of the maxillofacial area.

Study results. According to the results of the psychological status analysis 6 reaction variants to the traumatic experience were found: undifferentiated negative emotions, motor and sensory reactions, somatofunctional reactions, stomatoform reactions, behavioral reactions, psychosensory reactions.

Conclusions. Insignificant differences were found between psychological reactions to traumatic experience in injuries of the maxillofacial region between men and women. Men have a lower level of manifestation of fear and respiratory symptoms of anxiety, but more in terms of gastrointestinal symptoms of anxiety. Men also have a lower level of disturbances in the feeling of their own body and disturbances in the perception of the environment.

Key words: maxillofacial injuries, traumatic experience, anxiety, dissociation.

Авторська довідка

- **Семенов Денис Михайлович**,
PhD-аспірант Запорізького державного медичного університету.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035.
- Тел.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com
- **Семенов Денис Михайлович**,
PhD-аспірант Запорізького державного медичного університету.
- Адрес: проспект Маяковського, 26, г. Запорожье, 69035.
- Тел.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com
- **Denis Semenov**,
PhD-student of Zaporizhzhya State Medical University.
- Address: 26, Mayakovsky Ave., Zaporizhzhya, 69035.
- Tel.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com

*Стаття надійшла до редакції 16.10.2019
У разі виникнення питань до автора статті, звертайтеся до редакції журналу info@ijmh.net.*