

**The principles of medical and psychological support of patients with maxillofacial defects in consequence of a malignant neoplasm  
Gymenyuk L. (Russian Federation)**

**Принципы системы медико-психологического сопровождения больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования  
Гуменюк Л. Н. (Российская Федерация)**

*Гуменюк Леся Николаевна / Gymenyuk Lesya - доктор медицинских наук, профессор,  
кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии с курсом общей и медицинской психологии,  
Медицинская академия  
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского, г. Симферополь*

**Аннотация:** сформулированы методологические и организационные принципы системы медико-психологического сопровождения больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования.

**Abstract:** the methodological and organizational principles of the system of medical and psychological support of patients with a maxillofacial defect in consequence of a malignant neoplasm have been framed.

**Ключевые слова:** психологическое сопровождение, злокачественные новообразования, челюстно-лицевая область.

**Keywords:** psychological support, malignant neoplasms, maxillofacial area.

Одной из актуальных научно-практических задач медицины является психологическое и психотерапевтическое сопровождение онкологических больных. Психотерапевтические методики обладают не только прямым лечебным эффектом, но и способствуют изменению отношения пациента к своему состоянию, повышают комплаенс терапевтических схем, что сокращает сроки лечения и улучшает прогноз [1,22; 2,102; 3,11; 4,22; 5,79; 6,59].

**Цель исследования.** На основе идентификации причин, механизмов формирования и течения дезадаптации у больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования, разработать систему медико-психологического сопровождения данной категории пациентов.

**Материал и методы исследования.** На базе клинично - онкологического центра осуществлено комплексное обследование 152 больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования в возрасте от 18 до 55 лет. Критериями включения исследованных в группу являлись: оперативное вмешательство с формированием дефекта челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования, трудоспособный возраст. Критериями исключения: наличие психических расстройств в анамнезе, инкурабельность состояния. Контингент пациентов по социально - демографическим показателям был гомогенным, что позволило их анализировать, а результаты исследования считать репрезентативными. В работе использовали клинично-психологический, психодиагностический, социально - демографический, статистический методы исследования.

**Результаты и обсуждение.** С позиций доказательной медицины на основе междисциплинарного подхода определены психоэмоциональные, индивидуально-психологические и психосоциальные факторы, приводящие к формированию и развитию дезадаптации у больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования. Сформулированы методологические и организационные принципы системы медико-психологического сопровождения (СМПС) для данной категории пациентов, базирующиеся на международных подходах, био-психо-социально-духовной модели понимания личности, модели «здоровье – болезнь», идентификации причин, механизмов формирования и течения дезадаптации, актуализирующая адаптивные механизмы психологических защит и эмотивно-конструктивные ресурсы личности, включающая сочетание интегративной психотерапии и психофармакотерапии.

К методологическим принципам СМПС относятся: 1) системность; 2) комплексность; 3) дифференцированный (индивидуальный подход); 4) принцип вовлеченности; 5) непрерывности и перманентности; 6) диахронический сукцессивный и синхронический симультанный принцип этапности; 7) принцип своевременности; 8) принцип динамического мониторинга. К организационным: 1) организация терапевтической среды (сеттинг); 2) организация терапевтического процесса (правила индивидуальной и групповой работы).

СМПС имеет долгосрочный характер и состоит из трех последовательных блоков: кризисной интервенции (седативно - релаксирующего) – на стационарном этапе лечения, восстановительного и реабилитационного – на амбулаторном этапе. Курс СМПС в рамках кризисной интервенции составляет 7 дней, восстановительного – 4 месяца и реабилитационного – 8 месяцев. Блок кризисной интервенции включает два этапа: психодиагностику и организационную подготовку, этап прогрессивной релаксации. Восстановительный – этап симптоматической коррекции, личностной реконструкции, адаптационной консолидации. Реабилитационный блок – этап реинтеграции и ресоциализации, поддержки позитивных изменений. Продолжительность каждого сеанса зависит от этапа СМПС и варьирует в интервале 45-90 минут. Адекватным является использование индивидуальной и групповой форм работы с доминирующими эффектами группового взаимодействия. СМПС включает дифференцированное использование комплекса следующих психотерапевтических методик: рациональной индивидуальной психотерапии (Dubois P. 1905), аутогенной тренировки (J. Schultz, 1932) когнитивно-бихевиоральной терапии в модификации А. Beck (1967), рационально-эмоциональной (А. Ellis, 2002), адьювантной психологической терапии в модификации S. Mooney, S. Greer, 1989, психодраму стилевых механизмов психологических защит позитивной психотерапии (Nossrat Peseschkian, 1996), интерперсональной психотерапии (G. Klerman, M. Weissman, 1984), экзистенциально - гуманистической смысловой терапии (Yalom I. D, 1977, 1999), визуализацию представлений по методике К. Simonton, 2001, арт-терапии (Kretschmer Wolfgang, 1982; Бурно М. Е., 2009; Гнездилов А. В., 2000; Копытин А. И., 2010, Гуменюк Л. Н, Рослякова В. А., 2012). Семейная психотерапия и арт-терапия выступают в качестве основополагающих.

Согласно требованиям к применению психотропных препаратов в онкологии, за основу бралась не мощность воздействия, а переносимость, безопасность, простота применения, учет эффектов взаимодействия психотропных и соматотропных лекарств. При построении индивидуальной программы психофармакотерапии использовался принцип минимальной достаточности, обеспечивающий конвенционное положение о том, что риск осложнений вследствие побочных эффектов не должен превышать пользу от применения. Для удобства практического использования назначалось сочетание не более двух психотропных веществ с преобладанием монотерапии. По фармакологическому действию включались 4 класса препаратов: транквилизаторы, антидепрессанты, атипичные антипсихотики, нормотимики. Основанием для конкретного выбора являлся учет не только основного психотропного эффекта, но и дополнительных эффектов (обезболивающий, соматовегетостабилизирующий, эндокринно-обменный, миорелаксирующий, седативный, противоабстинентный, антидиуретический, противоязвенный, антибулимический, противорвотный, антиэметический, противозудный и др.). Основными синдромами, определяющими психофармакологический выбор были тревожные, смешанные тревожно-депрессивные и депрессивные расстройства. Так, при астенодепрессивном синдроме мы отдали предпочтение флуоксетину в дозе 20-40 мг/сут, при тревожно-депрессивном синдроме пациенты получали сертралин (золофт) в дозе 25- 50 мг/сут, или феварин в дозе 50 мг/сут, при депрессивно-апатическом – пароксетин (паксил) в дозе 20-40 мг/сут, при тревожно-фобическом – афобазол в дозе 30-60 мг/сут, или гидазепам в дозе 60 мг/сут в течение 7-14 дней в комбинации с феварином в дозе 50 мг/сут. Длительность психофармакотерапии острой фазы тревожно-депрессивных расстройств составила в среднем 6-10 недель, что обусловлено проявлением выраженного терапевтического эффекта не раньше чем через 4-6 недель непрерывного приема препарата. Поддерживающий прием тимо-аналептических средств продолжался от 3 до 9 месяцев. В медикаментозном лечении также использовались седативные средства, приготовленные из растительного сырья (промышленный аптечный вариант): экстракты валерианы, пустырника, «Персен», «Новопассит», свежеприготовленные отвары пустырника, валерианы, или специальные сборы успокоительных трав, выпускаемые фармацевтической промышленностью.

**Выводы.** Практическое значение результатов исследования заключается в возможности улучшения качества оказания медико - психологического сопровождения больных с дефектом челюстно-лицевой области вследствие злокачественного новообразования с целью совершенствования оказания медицинской помощи данному контингенту.

### *Литература*

1. *Кайгородова Н. З.* Некоторые психологические характеристики онкобольных в связи с особенностями психокоррекционной работы / Н. З. Кайгородова, О. М. Любимова, В. Д. Петрова, О. В. Парамонова // Известия Алтайского государственного университета. – 2014. – Т. 2, № 2 (82). – С. 22-26.
2. *Канарш Г. Ю.* Теория справедливости в зеркале национального характера (о некоторых западных и российских особенностях морального мышления) / Г. Ю. Канарш // Философия и культура. – 2010. – № 11 (35). – С. 93-102.
3. *Канарш Г. Ю.* Социальная справедливость: философские концепции и российская ситуация / Г. Ю. Канарш. – М.: Изд-во Моск. гуманитар. ун-та, 2011. – 236 с.

4. *Орлова Т. В.* Краткая история и современное состояние психотерапии в паллиативной онкологии. [Электронный ресурс] /Т. В. Орлова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 5. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru).
5. *Симаков Л. В.* Особенности оказания психологической помощи онкологическим больным / Л. В. Симаков // Психотерапия. Приложение к журналу. Материалы конференции «Настоящее и будущее психотерапии и психологического консультирования на Юге Российской Федерации». – Краснодар, 2009. – С. 79-80.
6. *Ушакова О. В.* Стратегия отвлечения как одно из направлений когнитивно - поведенческой терапии при онкогематологических заболеваниях / О. В. Ушакова // Сборник тезисов V Всероссийского съезда онкопсихологов: Москва, 2013. – С. 59-61.