

Клінічний випадок формування генералізованого тривожного розладу у хворої з переломом кісток носа

Спіріна І. Д.*, Фаузі Є. С.*, Шорніков А. В.*, Шевченко Ю. М.*, Широков О. В.*, Коваленко Т. Ю.***, Шевченко І. Ю.***

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України»

**КЗ «Дитячий санаторій № 1 Дніпропетровської обласної ради»

***КП «Дніпропетровська клінічна психіатрична лікарня Дніпропетровської обласної ради»

Описано клінічний випадок хворої з діагнозом – генералізований тривожний розлад (F41.1); перелом кісток носа травматичного генезу (S02.2). Даний випадок демонструє типові особливості формування тривожного розладу на тлі травматичного пошкодження кісток носа. Встановлено, що синдром дисморфобії в межах тривожного розладу, який складається з тривоги і упередженості щодо неіснуючих або незначних дефектів зовнішнього вигляду, за думкою спеціалістів, зустрічається у більшості випадків та значно ускладнює реадaptaційний процес у даного контингенту хворих. Планування лікувальних та реабілітаційних програм повинно мати комплексний характер та враховувати не лише перелом оперативного втручання, ефект від нього, а й психоемоційний стан хворого та його ставлення до захворювання.

Ключові слова: генералізований тривожний розлад, косметичні недоліки обличчя, перелом кісток носа, психофармакотерапія, ринопластика.

Однією з важливих людських потреб є бажання мати приємний зовнішній вигляд, який відповідатиме певним естетичним нормам, що склалися в суспільстві. У всі часи у різних рас, народів, поколінь, соціальних прошарків формувались свої уявлення про ідеальний людський образ. Але, у першу чергу, краса пов'язувалась з обличчям. Якщо інші частини тіла можна сховати від оточуючих, то обличчя завжди залишається відкритим; тому навіть незначні дефекти негативно позначаються на емоційному стані людини [1]. Сьогодні невпинно зростає кількість факторів, які сприяють формуванню косметичних недоліків: спадкові та онкологічні захворювання, що потребують хірургічного втручання; травми, у тому числі військові; опіки тощо. Відомо, що наявність у людини дефектів та деформацій зовнішності, особливо ділянки обличчя, впливає на особистість, змінюючи характер та поведінку та викликаючи порушення емоційної та мотиваційної сфер, що, відповідно, знижує якість життя. Значна кількість осіб реагує на косметичні дефекти хворобливо, вбачаючи у них перепони для досягнення успіхів у суспільному та особистому житті [2]. Відчуття власної неповноцінності нерідко виключає особу з нормального трудового функціонування, відбивається на працездатності та знижує загальний психічний та життєвий тонус [3].

З естетичного боку, однією з найвиразніших частин обличчя є ніс. Американські психологи, досліджуючи рух очей при розмові, встановили, що найбільша увага співрозмовника зосереджується саме на ділянці «очі – ніс – рот» [4]. Дефект чи деформація носа – патологія, яка,

крім фізичного недоліку, призводить до психологічної травми, результатом якої є зміна якості життя і соціального функціонування. Це проявляється в обмеженні соціальних контактів, заниженні самооцінки, тривожності, зміні особистісних установок та цінностей [5-7].

За результатами дослідження К. Philips, в якому брало участь більш ніж 500 осіб, встановлено, що дефекти носа, які спонукають звертатися до пластичних хірургів, займають одне з провідних місць (37 %) серед дефектів тіла загалом, поступаючись лише шкірі та волоссю [8]. Встановлено, що більшість з цих людей страждають на дисморфобію – визнаний психічний розлад, який складається з тривоги і упередженості щодо неіснуючих або незначних дефектів зовнішнього вигляду [9].

Загалом, за статистичними даними, психічні порушення неспихотичного регістру у пацієнтів із дефектами і деформаціями обличчя трапляються доволі часто – від 20 до 100 % випадків за різними даними [10, 11]. Пластична операція при цьому відіграє роль не лише поверхневого виправлення недоліків, а є базовим, патогенетично обґрунтованим методом лікування [12].

Для ілюстрації такого твердження наводимо опис клінічного випадку.

Хвора О., 22 роки. Висловлює скарги на відчуття внутрішньої напруги, тривогу, неможливість розслабитись, страх дивитися на себе у дзеркало, небажання спілкуватися з іншими людьми.

Anamnesis vitae. Народилася в родині головно-го майстра вагоноремонтного заводу та виховательки дитячого садка. Є єдиною дитиною. Відносини в родині були напруженими. Батько – директивний та домінуючий, часто застосовував фізичні пока-

рання; мати – м'яка і поступлива, у конфліктних ситуаціях частіше займала нейтральну сторону. У школі вчилася добре. За характером вважає себе сором'язливою та доброзичливою людиною. У віці 12 років з'явилися перші проблеми сприйняття власної зовнішності – через підлітковий вугровий висип вважала себе гіршою за однолітків. Хотілося робити макіяж, щоб приховати недоліки зовнішності, але батько категорично забороняв і слідкував за тим, у якому вигляді вона виходила на вулицю. Постійно розглядала себе у дзеркало і знаходила все більше нових недоліків. Після закінчення 11 класів середньої школи вступила до гуманітарного університету на факультет психології та туризму. Вчиться сумлінно. Невпевненість у собі зберігається, весь час переймається через свою зовнішність, вважає себе непривабливою для чоловіків. Незаміжня, дітей не має, проживає разом з батьками.

Із перенесених захворювань: дитячі інфекції.

Anamnesis morbi. Півтора роки тому внаслідок дорожньо-транспортної пригоди отримала травму обличчя: перелом кісток носа зі зміщенням уламків та деформацією зовнішнього носу. Проведене хірургічне втручання в обсязі репозиції кісткових структур носу; реабілітаційний період проходив без ускладнень. Перші ознаки хворобливого стану з'явилися через вісім місяців після травми:

- стала тривожною, порушився сон та апетит;
- посилилась нервозність, роздратованість;
- постійно оглядала себе у дзеркалі.

Зрозуміла, що її зовнішність стала ще гіршою, ніж була до травми. Стала менше спілкуватися з друзями, уникає відвідування людних місць (кіно-театри, супермаркети тощо). Переконання лікарів-хірургів, що результати операції цілком успішні та в її зовнішності немає жодних дефектів, діють, але на нетривалий час; за годину-дві при погляді у дзеркало знову помічає недоліки, що спотворюють її обличчя. За наполегливою рекомендацією пластичного хірурга звернулася до лікаря-психіатра.

Психічний статус. Доступна продуктивному мовному і зоровому контакту. При огляді виглядає дещо напруженою. Голос тихий, слабо модульований. Настрій оцінює як знижений. Емоційні реакції нестійкі, протягом бесіди декілька разів починала плакати. Детально повідомляє анамнестичні відомості. Фіксована на своїх хворобливих переживаннях, пов'язаних з дефектом зовнішності. Виражені нав'язливі ідеї: активно висловлює побоювання, що їй «з такою зовнішністю заміж ніколи не вийти». Повідомляє про відчуття напруги і страху, відчуває, що оточуючі на неї постійно звертають увагу, помічають недоліки її зовнішності. Особливо сильно відчуває це у місцях скупчення великої кількості людей, зо-

ЛІТЕРАТУРА

1. Скрипніков А. М., Герасименко Л. О., Салій Л. А. Внутрішня картина хвороби у жінок із дефектами та деформаціями обличчя. Медична психологія. 2016. № 2. С. 52 – 56.
2. Білявська М. В., Романів О. П. Естетична медицина. Психологічні особливості. Економіка і право охорони здоров'я. 2018. № 2 (8). С. 91 – 92.
3. Герасименко Л. А. Особливості тривожно-депресивної симптоматики у пацієнтів с дефектами і деформаціями лица. Мед. психологія. 2007. № 1. С. 21 – 25.
4. Gregory R. J. **Thematic stages of recovery in the treatment of borderline personality disorder.** *Am. J. Psy-*

крема у транспорті, через що уникає його. Складає песимістичні плани на майбутнє. У розмові час від часу говорить про втому від «такого життя», але суїцидальних планів не має. Пам'яті на поточні та віддалені події не порушена, обсяг уваги знижений; увага важко перемикається, фіксована на проблемах у сприйнятті зовнішності. Орієнтована всебічно вірно. Усвідомлення власного хворобливого стану достатнє, проте неповне. Шукає співчуття та допомоги.

Соматоневрологічний статус. Нормостенічної статури. Шкірні покриви блідо-рожеві, тургор – у нормі. Обличчя симетричне, без видимих дефектів. Язик рожевий, чистий. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ритмічні. ЧСС – 80 уд/хв. АТ – 115/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний; печінка не збільшена. Вогнищевої неврологічної симптоматики не виявлено. Координаторні проби виконує вповнено, без помилок. Апетит не знижений, сон поверхневий.

Діагноз. Генералізований тривожний розлад (F41.1). Перелом кісток носа травматичного генезу (S02.2).

Хворій було призначено антидепресант першої лінії з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (який має виражені антидепресивний та протитривожний ефекти) есциталопрам – 10 мг на добу та індивідуальна когнітивно-поведінкова психотерапія. Покращення самопочуття – через два тижні від початку лікування.

Аналіз даного клінічного випадку ілюструє, що система лікувально-реабілітаційних заходів повинна мати комплексний характер та враховувати не лише перебіг оперативного втручання, ефект від нього, а й психоемоційний стан хворого, його ставлення до захворювання, що позитивно впливатиме на відновлення соціального функціонування, підвищення якості життя пацієнта, допомагатиме спланувати реабілітаційні та реадaptaційні програми для цієї категорії хворих. Для лікарів-непсихіатрів задля пришвидшення діагностики тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з соматичною патологією та з метою надання аргументації пацієнту для подальшого його скерування до лікаря-психіатра доцільно використовувати швидкі та ефективні методики з додаткових методів діагностики [13]:

- Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (PHQ-9);
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) тощо.

chother. 2004. Vol. 58, No 3. P. 335 – 348.

5. Медведєв В. Е., Виссаріонов В. А., Авдошенко К. Е., Мартынов С. Е. **Распространенность психопатологических расстройств среди пациентов пластического хирурга и косметолога (результаты психометрического исследования).** Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. Т. 13, № 1. С. 18 – 22.
6. Haas C. F., Champion A., Secor D. **Motivating factors for seeking cosmetic surgery: a synthesis of the literature.** *Plast. Surg. Nurs.* 2008. Vol. 28, No 4. P. 177 – 182.
7. Phillips K. **The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder.** Oxford Univer-

- sity Press, 2005. 412 p.
8. Phillips K. A., Coles M. E., Menard W. Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *J. Clin. Psychiatry*. 2005. Vol. 66, No 6. P. 717 – 725.
 9. Tignol J., Biraben-Gotzamanis L., Martin-Guehl C., Grabot D., Aouizerate B. Body dysmorphic disorder and cosmetic surgery: evolution of 24 subjects with a minimal defect in appearance 5 years after their request for cosmetic surgery. *Eur. Psychiatry*. 2007. Vol. 22, No 8. P. 520 – 524.
 10. Пушкарева Т. Н. К вопросу о роли психосоциальных факторов в развитии тревожных расстройств невротического уровня. *Архів психіатрії*. 2002. № 2. С. 29 – 32.

11. Горбушко В. Б. Комплексное лечение больных с приобретенными дефектами и деформациями ротовой области и лица. М. Наука, 2002. 251 с.
12. Вырупаев С. В. Улучшение результатов реабилитации больных с новообразованиями и дефектами головы и шеи. Уфа, 2005. 124 с.
13. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Депресія» [Електронний ресурс]. МОЗ, 2014. Режим доступу до ресурсу: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2014_1003_Depresiya/2014_1003_YKPMDDepresiya.pdf.

Клинический случай формирования генерализованного тревожного расстройства у больной с переломом костей носа
Спирина И. Д., Фаузи Е. С., Шорников А. В., Шевченко Ю. Н., Широков А. В., Коваленко Т. Ю., Шевченко И. Ю.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
 КУ «Детский санаторий № 1» ДООС
 КП «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС

Описан клинический случай больной с диагнозом – генерализованное тревожное расстройство (F41.1); перелом костей носа травматического генеза (S02.2). Данный случай демонстрирует типичные особенности формирования тревожного расстройства на фоне травматического повреждения костей носа. Установлено, что синдром дисморфобии в рамках тревожного расстройства, состоящий из тревоги и предвзятости в отношении несуществующих или незначительных дефектов внешнего вида, по мнению специалистов, встречается в большинстве случаев и значительно усложняет реадaptационный процесс у данного контингента больных. Планирование лечебных и реабилитационных программ должно иметь комплексный характер и учитывать не только ход оперативного вмешательства, эффект от него, но и психоэмоциональное состояние больного и его отношение к заболеванию.

Ключевые слова: генерализованное тревожное расстройство, косметические дефекты лица, перелом костей носа, психофармакотерапия, ринопластика.

A clinical case of formation of generalized anxiety disorder in the female patient with fracture of the bones of nose

Spirina I. D., Fawzy E. S., Shornikov A. V., Shevchenko Yu. M., Shirokov O. V., Kovalenko T. Yu., Shevchenko I. Yu.

“Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine” SI
 “Children’s Sanatorium No 1” MI of Dnipropetrovsk Regional Council
 “Dnipropetrovsk Clinical Mental Hospital” ME of Dnipropetrovsk Regional Council

A clinical case of the patient with the diagnosis – generalized anxiety disorder (F41.1); fracture of the bones of nose of traumatic genesis (S02.2) is described. This case demonstrates typical features of formation of anxiety disorder on the background of a traumatic injury to the bones of nose. It has been established, in the judgment of the experts, that dysmorphophobia syndrome within the bounds of anxiety disorder, which consists of anxiety and prejudice against non-existent or minor defects of appearance, occurs in most cases. This greatly complicates the re-adaptation process in this cohort of patients. The planning of treatment and rehabilitation programs should be comprehensive and take into account not only the course of the surgical intervention, the effect of it, but also the psycho-emotional state of the patient and his attitude to the disease.

Keywords: cosmetic defects of face, fracture of the bones of nose, generalized anxiety disorder, psychopharmacotherapy, rhinoplasty.

Спирина Ирина Дмитриевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».
Фаузи Елизавета Сергеевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Шорников Андрей Владимирович – ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Шевченко Юлия Николаевна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Широков Александр Васильевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

Коваленко Татьяна Юрьевна – доктор наук по государственному управлению, главный врач КУ «Детский санаторий № 1» ДООС.

Шевченко Ирина Юрьевна – врач-психиатр, заведующая отделения № 21 КП «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС.
elizaveta.fedenk@gmail.com