

УДК 616.89:159.9:616.31

**ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
В СФЕРЕ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ
С ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

А.Б. Мамытова, И.Б. Сулайманов

Челюстно-лицевой хирург – специалист, лечащий пациентов с огромным спектром потребностей в хирургических вмешательствах. К таковым относятся: периодонтит, периостит, перикоронарит, периимплантит, гайморит, остеомиелит, абсцессы и флегмоны, синуситы, карбункулы и фурункулы, специфические воспаления, травмы, неврологические патологии, новообразования, врожденные аномалии и потребности в эстетической коррекции естественных черт и приобретенных дефектов челюстно-лицевой области. В связи с этим возникают сложно-составные взаимоотношения между врачом и пациентом, одним из важнейших элементов которых являются психологические особенности обеих сторон. Проведен обзор основных актуальных проблем в области челюстно-лицевой хирургии и стоматологии, с учетом психолого-психиатрического аспекта. Представлены выводы и рекомендации по коррекции данного направления с целью улучшения качества работы челюстно-лицевых хирургов и врачей-стоматологов.

Ключевые слова: психические нарушения; челюстно-лицевая хирургия; стоматология; психокоррекция.

**ЖААК-БЕТ ПАТОЛОГИЯСЫ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРГА
ПСИХОЛОГИЯЛЫК-ПСИХИАТРИЯЛЫК ӨНҮТТӨ ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮ**

А.Б. Мамытова, И.Б. Сулайманов

Жаак-бет хирургу ар түрдүү спектрдеги хирургиялык операцияларга муктаж болгон бейтаптарды дарылоочу адис. Аларга периодонтит, периостит, перикоронарит, периимплантит, гайморит, остеомиелит, абсцесстер жана флегмондор, синуситтер, карбункулдар жана фурункулдар, өзгөчө сезгенүү, травма, неврологиялык патологиялар, шишиктер, тубаса кемтиктер жана жаак-бет түзүлүшүнүн табигый өзгөчөлүктөрүн жана пайда болгон кемчиликтерин эстетикалык түзөтүүгө болгон муктаждык кирет. Ушуга байланыштуу дарыгер менен бейтаптын ортосунда татаал мамиле пайда болот, анын эң маанилүү элементтеринин бири эки тараптын тең психологиялык өзгөчөлүктөрү. Психологиялык жана психиатриялык аспекти эске алуу менен, жаак-бет хирургиясы жана стоматология жаатындагы учурдагы негизги көйгөйлөргө сереп салынды. Жаак-бет хирургдарынын жана врач-стоматологдордун ишинин сапатын жакшыртуу максатында ушул багытты түзөтүү боюнча корутундулар жана сунуштар берилди.

Түйүндүү сөздөр: психикалык бузулуулар; жаак-бет хирургиясы; стоматология; психикалык түзөтүү.

**PSYCHOLOGICAL AND PSYCHIATRIC ASPECTS
IN THE FIELD OF ASSISTANCE TO PATIENTS
WITH MAXILLOFACIAL PATHOLOGY**

A.B. Mamytova, I.B. Sulaymanov

Maxillofacial surgeon is a specialist who treats patients with a huge range of surgical needs. These include: periodontitis, periostitis, pericoronaritis, perimplantitis, sinusitis, osteomyelitis, abscesses and phlegmons, sinusitis, carbuncles and boils, specific inflammation, injuries, neurological pathologies, neoplasms, congenital anomalies and

needs for aesthetic correction of natural features and acquired defects of the maxillofacial region. In this regard, there are complex relationships between the doctor and the patient, one of the most important elements of which are the psychological characteristics of both sides. The review of the main current problems in the field of maxillofacial surgery and dentistry, taking into account the psychological and psychiatric aspect. Conclusions and recommendations on the correction of this direction in order to improve the quality of work of maxillofacial surgeons and dentists are presented.

Keywords: psychology; oral and maxillofacial surgery; dentistry; psychiatry; psycho-correction.

Актуальность. Челюстно-лицевая хирургия (ЧЛХ), согласно МКБ-10, представлена следующими расстройствами: злокачественные новообразования ротовой полости (2 % от заболеваний слизистой оболочки полости рта, в РФ – 3 %, в США – 8 %, в Индии – 52 %) [1, с. 41–44], злокачественное новообразование губы (1,4 и 0,4 %), языка (50–60 % опухолей ротовой полости), десны, дна полости рта, неба, «волчья пасть» (1 из 1000 новорожденных), «заячья губа» (1 из 2500 новорожденных), перекрестный прикус (0,4–2 % в детском и подростковом возрасте, до 3 % – среди взрослых), болезни височно-нижнечелюстного сустава (1 из 10–30 тыс. населения), аномалии челюстно-черепных соотношений (120 859 мужчин и 196 018 женщин), абсцессы и флегмоны, синуситы (более 140 случаев на 1000 человек), карбункулы и фурункулы (около 40 % от остальных кожных патологий), специфические воспаления, травмы (около 30 % всех больных, находящихся на лечении в стационарах челюстно-лицевой хирургии) и т. д. Эти данные доказывают разнообразие составляющих лечения челюстно-лицевым хирургом.

Цель – на основе анализа современных публикаций в области челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ), стоматологии, психиатрии и клинической психологии представить выводы о психолого-психиатрической составляющей взаимодействия в диаде «врач – пациент» в области челюстно-лицевой хирургии и стоматологии и выделить основные рекомендации по повышению качества и эффективности работы челюстно-лицевого хирурга.

Психология и взгляды врача челюстно-лицевого хирурга. Профессионализм специалиста в области челюстно-лицевой хирургии и стоматологии в значительной степени зависит от эффективности взаимодействия между врачом и пациентом с учетом индивидуальных личностных характеристик обеих сторон. На первом этапе, принципиальным условием является определение профпригодности студентов медицинских вузов с привлечением специалистов в области психического здоровья и тестирований с применением шкал по определению личностных особенностей кандидата, а также подготовка студентов к профессиональным аспектам будущей специальности с акцентом на психологической составляющей профессии [2, с. 85–89]. В борьбе с дентофобией (страхом стоматологических манипуляций) у пациентов важное место имеет проведение ролевых игр при обучении студентов-стоматологов, а повышение психологической грамотности и психотерапевтической компетентности врача положительно соотносится с его самооценкой, здоровьем, благополучием, собственной личностью [3, с. 124–128]. Особого отношения заслуживает информированность будущего врача-стоматолога о высоком риске развития синдрома эмоционального выгорания и профессиональной деформации специалистов в области ЧЛХ и стоматологии [4, с. 26–28].

Исследование врачей стоматологов-хирургов доказало, что авторитет среди населения определяется привлекательным имиджем. Именно внешний вид, манера поведения врача, его доброжелательность, уверенность в себе, выдержка, эмоциональная устойчивость, жесты, мимика и т. д. формируют готовность пациента к контакту [5, с. 1578–1588]. Доказано улучшение качества жизни и удовлетворение ей, снижение рисков болезней при правильном выборе специальности, и, как говорилось ранее, требования, предъявляемые к её достижению очень высоки, поэтому следует проводить предварительную оценку способностей студентов-медиков [6, с. 164–166].

В ходе клинической практики необходима гомогенизация критериев принятия идентичных моральных решений и действий для устранения проблем и конфликтов с учетом морально-этических и деонтологических основ [7, с. 1–3].

Врожденные аномалии челюстно-лицевой области (ЧЛО). Врожденные аномалии ЧЛО представлены такими дефектами, как заячья губа, волчья пасть и их комбинация, перекрестный прикус, болезни височно-нижнечелюстного сустава, аномалии челюстно-черепных соотношений, влияющих преимущественно на внешний вид лица, другие уточненные пороки развития костей черепа и лица, аномалии соотношения зубных дуг и т. д.

Пациентами с врожденными дефектами ЧЛО чаще всего являются дети. Посредством послеоперационного опроса пациентов доказано улучшение психологического состояния, дети были чаще удовлетворены состоянием зубов и прикусом, они не стеснялись улыбаться и не заостряли внимание на внешнем виде. Была доказана необходимость определения психологического статуса и самооценки как критерия эффективности реабилитации [8, с. 91–93]. Наиболее оптимальным периодом для пластической реконструкции является период раннего детства, когда подобного рода аномалия и сама операция не закрепятся в памяти ребенка и не окажут значительного влияния на его будущее внутреннее Я.

Стандартные операции отделения челюстно-лицевой хирургии (ЧЛХ). Челюстно-лицевой хирург – специалист, лечащий пациентов с огромным спектром потребностей в хирургических вмешательствах. В связи с этим возникают сложносоставные взаимоотношения между врачом и пациентом, важнейшими элементами которых являются психологические особенности обеих сторон. Любое вмешательство в челюстно-лицевую область гарантирует наличие временного или постоянного послеоперационного дефекта, реакция пациента на который формируется исходя из его психологических особенностей. Лицо же является первым, с чего начинаются социальные отношения индивидуума.

Обращает на себя внимание доказанная в многочисленных психологических исследованиях связь внешности с внутренним миром пациентов на разных этапах хирургического лечения и обусловленная этим их потребность в психологическом мониторинге [9, с. 125–127]. Реакции пациентов хирургического профиля несомненно обладают полиморфизмом, обусловленным различными ответными реакциями в мозге, которые активизируют нейроэндокринную систему и вызывают изменения в функциональном состоянии организма. Данный полиморфизм зависит от психологического отношения к своей болезни, предстоящей операции и лечению в целом, что приводит к повышению траты энергии, дезорганизации обменных процессов, гипоксии тканей, в первую очередь, паравульнарной зоны и требует комплексного подхода [10, с. 47–50].

В случае обнаружения у пациента гиперэстезии (пониженного порога чувствительности), не обусловленной видимыми причинами, хирургу следует направить его к терапевту, который подберет правильной формы зубную щетку и обучит пациента личной гигиене полости рта, порекомендует воздержаться от употребления отбеливающих и высокоабразивных паст и т. д. [11, с. 88–91]. Также возможно проведение электрофореза с кальцием глюконата, чье действие направлено на компенсацию нарушения обмена минеральных веществ [12].

Врачу необходимо корректировать манеру своего поведения в зависимости от возраста пациента (до 3-х лет, 3–6 лет, 7–10, 11–19, 20–25, 25–65, 66 и более лет) и учитывать особенности каждой из представленных групп [13, с. 297–300]. Как известно, чем младше ребенок, тем у него более выражена отвлекаемость, из чего следует, что ребенка необходимо отвлекать беседой, обстановкой кабинета и т. д. На основании клинических наблюдений, в такого рода отвлечениях, как беседа, обстановка в кабинете и т. д., особенно нуждаются мальчики. К взрослым довольно часто применяется следующий прием: перед концом операции предупредить пациента о применении самых травматичных на его взгляд инструментов, а потом закончить операцию, «обошлись без них», что повышает имидж врача, веру пациента в его профессионализм и дальнейший выбор именно этого врача при следующем посещении стоматолога.

Пациенты с преобладанием истерических черт личности или холерическим типом нервной системы нуждаются в доминирующей (патерналистской) позиции врача. С пациентами с меланхолическим типом нервной системы врач занимает соперничающую позицию. Необходимо максимально

сократить продолжительность ожидания стоматологического приема, которое провоцирует у пациентов антиципацию боли [14, с. 63–69].

Врач-стоматолог, как и любой человек, испытывал зубную боль, поэтому он способен понять, что ощущает пациент, и общение с пациентом он должен строить, учитывая свой опыт. Особенно важно это понимание при общении с ребенком. После завершения манипуляции, как и от специалистов других специальностей стоматологии, пациент получает рекомендации, эффективность которых будет зависеть формы их предоставления и учета индивидуальных особенностей каждого пациента.

Онкологические поражения органов челюстно-лицевой области (ЧЛЮ). Злокачественные новообразования ротовой полости в зависимости от локализации в международной классификации болезней в рубрике C0 – это злокачественные новообразования губы, языка, десны, дна полости рта, нёба и т. д.

Онкологические заболевания способны оказать ощутимое воздействие на человека. Имеют место депрессия (20–30 %), тревожная симптоматика (24–38 %), высокий уровень коморбидности (9,3–20,2 %), что делает это состояние смешанным, психофармакологическое лечение которого находится в стадии разработки и должно контролироваться на выводах рандомизированных, плацебо-контролируемых, двойных слепых исследований применения препаратов [15, с. 46–49]. Что касается психоонкологии как науки, то К.Н. Угляница утверждает, что психологические и социальные аспекты злокачественных образований это:

- 1) влияние психологического фактора на возникновение опухоли;
- 2) психологические реакции больных раком и их семей на заболевание и лечение;
- 3) возможности адаптации к болезни;
- 4) выявление у больного взаимосвязи между психикой, иммунной и эндокринной системами;
- 5) психологические факторы, способствующие выздоровлению;
- 6) взаимоотношения «врач – больной» в онкологии (в том числе, вопросы сообщения диагноза) и др.

Огромное внимание в психоонкологии уделяется вопросам качества жизни больных злокачественными новообразованиями.



Рисунок 1 – Психофизиологическая модель развития онкологического заболевания [16, с. 105]

Что касается роли психологического стресса в развитии рака, эту последовательность можно наблюдать на схеме (рисунок 1).

Стадии переживания онкологических больных: стадия шока, стадия отрицания, стадия агрессии, стадия депрессии, стадия примирения. У онкологического больного, при условии их наличия, усиливаются такие психические расстройства, как:

- 1) делирий – наличие измененного сознания с выраженным обилием галлюцинаторных переживаний (вторичного бреда и искаженного восприятия реальности с нарушением ориентации в окружающем и сохранением – в себе);
- 2) онейроидное расстройство сознания с двойной ориентировкой в окружающем – частичная ориентация в реальности с одновременным присутствием сновидных, галлюцинаторных переживаний и восприятий;
- 3) аментивное расстройство сознания с потерей ориентации как в себе, так и в окружающем, отсутствие контакта, непонятная речь;
- 4) сумеречные расстройства сознания в виде: амбулаторного автоматизма (сознание сужено, переживание иной обстановки и ситуации); трансстремления к перемещению при наличии измененного сознания; лунатизма.

В данных случаях может проводиться психокоррекционное, медикаментозное и психологическое лечение.

Онкологическое заболевание может сопровождаться аффективными расстройствами в виде, главным образом, депрессии и гипотимной окраски окружающего, синдрома дисморфофобии – дисморфомании разной выраженности, относительно кратковременных канцерофобических переживаний, соматогенной астении и патологического развития личности. Влияние соматогенных факторов, по всей вероятности, предопределяет стабильность, длительность и необратимость психических расстройств (астения, раздражительная слабость, патологическое развитие личности) [17, с. 34–36].

Нарушения в психоэмоциональной сфере усложняют лечение и снижают эффективность реабилитации, необходима психокоррекция и учет человеческих ценностей и культурных традиций, связанных с умиранием [18, с. 28–31]. Имеет значение разница между представлением смерти в разных культурах, будь то переход в сады вечности или в иную, новую жизнь [19, с. 82–84].

Психологические аспекты направления онкологии исторически разделены на два направления:

1. Психогенные факторы на этапе возникновения онкологического заболевания (как этиологический фактор).

2. Проблема адаптации к изменениям, связанным с самим заболеванием [20, с. 28–32].

При выборе антидепрессанта у пациентов, страдающих хронической болью и депрессией, следует учитывать доказанную клиническую эффективность препарата, благоприятный профиль переносимости, низкий потенциал лекарственных взаимодействий, а также приверженность лечению [21, с. 4–11]. При выборе антидепрессанта препаратами первого ряда являются трициклические антидепрессанты – как селективные, так и неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина, норадреналина, а также препараты второго ряда – антиконвульсанты [22, с. 43–46]. Целью данной терапии является борьба с хронической болью и депрессией. Необходимо принимать во внимание целый ряд когнитивно-поведенческих аспектов и, наряду с психотропными препаратами, включать в терапевтические схемы специфические методики, такие как психологическая релаксация, аутотренинг, биологическая обратная связь, а также обучение более прогрессивным стратегиям преодоления боли [23, с. 4–8]. Подобная терапия благоприятно скажется на взаимодействии эмоциональных и когнитивных процессов пациентов [24, с. 52–58].

Терапевтическая программа польского доктора Карла О. Симонтон в виде создания групп самопомощи, руководимых профессиональными психологами, доказала важность данного компонента реабилитации онкобольных [25]. Исследования иранских специалистов доказали, что более высокие результаты дистресса наблюдаются у женщин, сельских жителей, пациентов с низким уровнем образования, злоупотребляющих наркотиками, разведённых [26].

Онкологическим больным свойствен хронический болевой синдром. В случае если он плохо контролируем, он является важным фактором повышенной суицидальной готовности при распространенном раке. Недостаточный болеутоляющий эффект способствует развитию или поддержанию эмоциональных нарушений и, как правило, оценивается пациентами, как признак безнадежности,

значительно ограничивая возможности сопротивления болезни и жизнестойкости. Последним факторам многими авторами придаётся большое значение в предикции суицидальности. Доминирование в структуре мотивов негативных соматогенных факторов позволяет отнести суицидальное поведение этих пациентов к категории «избежание». Это указывает на необходимость повышения эффективности паллиативного лечения и противоболевой терапии [27, с. 18–23].

Как результат успешного лечения в виде оперативного удаления новообразования с целью предупреждения его распространения при локализации процесса на открытых участках остается дефект, влияющий на отношение человека к самому себе. Это является одной из причин обращения к пластической реконструкции.

Реакция стоматолога, челюстно-лицевого хирурга на пациента психиатрического профиля.

Кроме различных фобий, связанных с манипуляциями стоматолога и челюстно-лицевого хирурга, среди пациентов могут встречаться страдающие такими психическими расстройствами, как органическое галлюцинаторно-бредовое расстройство и параноидная шизофрения. Симптомами галлюцинаторно-бредового расстройства могут быть проявления в виде ошибочного восприятия ощущений, испытываемых в ротовой полости. При параноидной шизофрении наблюдаются явные дисморфоманические параноидальные комплексы, губительно меняющие взгляды человека на его место в социуме.

Не вызывает сомнений, что проведение только эстетических или стоматологических манипуляций не способно решить проблемы этих пациентов.

Следует выделить ряд рекомендаций и предложить алгоритм действий по диагностике, дифференциальной диагностике и общению с такового рода пациентами.

1. *Органическое галлюцинаторно-бредовое расстройство.* При сборе анамнеза следует уточнить: наличие черепно-мозговой травмы в прошлом; наследственную отягощенность; наличие жалоб на перепады АД, нарушения сна, головные боли; плаксивость; астению и эмоциональную лабильность; уровень критичности мышления. Также пациент может настойчиво жаловаться на некомпетентность предыдущего стоматолога, даже когда при исследовании текущим специалистом нет никаких подтверждений ошибочного лечения.

2. *Параноидная шизофрения.* При сборе анамнеза следует уточнить: наличие жалоб на неправильность формы и расположения частей лица; одержимость мнимыми недостатками; социальную дезадаптацию; сниженный фон настроения; наследственную отягощенность; наличие других патологических изменений, таких как слуховые галлюцинации, убежденность в своем причастии к высшей миссии, подозрительность и параноидный бред. Дифференцировать следует от случая реальной необходимости вмешательства.

При подозрении наличия данного рода заболевания у пациента задача челюстно-лицевого хирурга или стоматолога следует, согласно деонтологическим нормам общения, направить пациента к специалисту психиатрического профиля.

Пластическая хирургия. Посредством опросников выявлены психологические конструкты отношения к физическому Я. Сюда относятся возможность субъективного противоположного понимания истины пациентами эстетическими хирургами: под действием внутренних импульсов – 28 % пациентов, желающих получить социальную поддержку, и 16 %, избегающих её, попытки объяснить неблагоприятные поступки, прибегая к изобретательным способам защиты, часто осознанно подавляя естественные импульсы и принятие своих характеристик [28, с. 50–58].

Большинство женщин, стремящихся к пластическому преобразованию, имеют психологический возраст на 10–15 лет моложе хронологического и биологический – на 1–2 года моложе хронологического. Разделить их можно на клинический и неклинический контингент с учетом наличия критериев иерархии личностных мотиваций и структуры представлений о собственном возрасте [29].

Анализ научной литературы подтвердил важность различий в уровне активности ухода за внешностью (низкий, средний, высокий), в которых уровень самооценки:

1. Реальной – 53,90–70,36, идеальной – 82,37–89,89 (имеют низкий материальный доход).

2. Реальной – 71,55, идеальной – 90,15 (гармоничны в своих достижениях).

3. Реальной – 56,25, идеальной – 85,58 (не удовлетворены семейной и коммуникативными сферами).

Это свидетельствует о важности количества базовых сфер жизнедеятельности, которыми женщины удовлетворены, уровня материального дохода, удовлетворенность семейными коммуникативными сферами, как следствие – принятия собственного Я [30, с. 4–10].

Неоспорима целостность личностной и социальной сторон человека. Отношение к внешности, особенно у женщины, определяется индивидуальным самосознанием (Я как физическая, психологическая и социальная самооценка). Сенситивными к возрастным изменениям являются люди из возрастных групп 30–50, 40–60 лет (вторая половина ранней зрелости и первая половина средней зрелости). Характеристика большинства пациенток: с высшим образованием, постоянным местом работы, одним ребенком, высоким материальным достатком [31, с. 90–94], т. е. в какой-то степени выбор пластической коррекции для пациенток можно считать возрастанием по закону «пирамиды Маслоу».

Аарон Бек по этому счету выделил следующую схему: внешние события (стимулы) → когнитивная система → интерпретация (мысли) → чувства или поведение, где воздействие должно оказываться именно на когнитивную систему. Воздействуя на когнитивную систему посредством психологической терапии можно влиять на решения пациента и помочь выбрать или отказаться от ранее желаемой им операции.

Дисморфофобии у дерматологических пациентов подразделены на два полярных типа: с экстерналистско-ориентированными психопатологическими расстройствами (65,6 %) и с интернальным перфекционизмом (34,4 %). Наряду с типологическими различиями выявлены также различия по таким признакам, как преморбид, нозологическая принадлежность, уровень социальной дезадаптации, показатели обращаемости за дерматологической помощью. Психофармакотерапия является эффективным методом лечения (72,9 % респондеров) и проводится дифференцированно в зависимости от типа дисморфофобии: при лечении дисморфофобии с экстерналистско-ориентированными психопатологическими расстройствами (80 % респондеров) эффективно назначение медикаментозных средств в режиме монотерапии: атипичных антипсихотиков (1-й подтип) либо СИОЗС (2-й подтип); при лечении дисморфофобии с интернальным перфекционизмом (58,8 % респондеров) эффективно для преодоления резистентности назначение комбинированных схем, включающих СИОЗС и атипичный антипсихотик [32, с. 42–46].

Что касается иных форм дисморфомании (ДМ), то при расстройстве личности доминирующей будет сверхценная и ипохондрическая ДМ, при шизофрении – обсессивно-компульсивная и бредовая, при аффективных расстройствах (большой депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство, БАР, дистимия) – депрессивная и (реже) – маниакально-бредовая. На фоне органического поражения церебральных сосудов возможно развитие как ипохондрической, так депрессивной и бредовой ДМ. Необходимо подчеркнуть, что данные анамнеза указывают на отсутствие улучшения и даже на ухудшение психического состояния пациентов после хирургического лечения, что подтверждается аналогичными выводами других исследователей [33, с. 49–54].

Выводы

1. В процессе подготовки будущих стоматологов следует ввести предмет «Психостоматология», при обучении которому будут раскрываться психологические аспекты будущей работы.

2. Следует проводить психологическое анкетирование студентов, направленное на помощь им в выборе будущей узкой специализации.

3. Врожденные аномалии ЧЛЮ следует исправлять хирургически и под контролем психологических опросников в период раннего детства, выявляя уровень психологического статуса и самооценки как важных критериев эффективности лечения.

4. В процессе работы стоматологу следует обращать внимание на эмоциональные реакции пациента, в особенности детей, необходимо их всячески отвлекать.

5. Такой раздел медицины, как онкопсихология, в наше время изучен достаточно мало, но его важность в процессе ведения и реабилитации онкобольных не вызывает сомнений.
6. Онкологическая патология ощутимо влияет на качество и продолжительность жизни. Причиняет боль, значительно меняет взгляды и приоритеты человека и требует паллиативной терапии.
7. Ознакомленность с вышеописанным алгоритмом ведения пациента с психиатрической проблемой важна для современного стоматолога и специалиста эстетической коррекции ЧЛЮ.
8. Анализ психологического состояния пациента пластического хирурга имеет важное значение в лечении или его отсутствии, составлении прогноза.
9. Сфера оказания психолого-психиатрической помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией в наше время изучена мало и требует дальнейших исследований.
10. На основании вышеизложенного можно прийти к выводу, что только комбинация высокой квалификации, отличное знание психологии, преданность клятве Гиппократов гарантируют пациентам челюстно-лицевого хирурга излечение и удовлетворение обеих сторон.

Литература

1. Гажва С.И. Распространенность стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика / С.И. Гажва, Т.Б. Степанян, Т.П. Горячева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2014. № 5-1.
2. Ким А.С. Основы психокоррекционной методологии в мастерских самопознания / А.С. Ким, М.Р. Сулайманова // Вестник КРСУ. 2015. Т. 15. № 11.
3. Карпов А.М. Психотерапия в стоматологической практике / А.М. Карпов, Д.Н. Горячев, М.В. Кирюхина, И.И. Бадертдинов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. Т. 11. № 4.
4. Сулайманова М.Р. Актуальные вопросы влияния стресса на развитие профессиональной деформации хирурга / М.Р. Сулайманова, М.А. Сагымбаев // Медицина Кыргызстана. 2011. № 4.
5. Торгашина М.Е. Имидж врача-стоматолога-хирурга в современной медицине / М.Е. Торгашина // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. 2017. Т. 7. № 11.
6. Смолин Д.А. Некоторые психологические аспекты в профессиональном формировании личности врача-хирурга / Д.А. Смолин, А.Е. Логинова, А.Ф. Махиянова [и др.] // Acta Biomedica Scientifica. 2008.
7. Зайнуллин Р.Р. Вопросы этики и деонтологии в практике врача-стоматолога / Р.Р. Зайнуллин // Медицина и здравоохранение: материалы VI Междунар. науч. конф. (г. Казань, март 2018 г.). Казань: Молодой ученый, 2018. URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/303/13875/> (дата обращения: 03.11.2020).
8. Фоменко И.В. Особенности психологического состояния и самооценки детей с врожденной односторонней расщелиной верхней губы и неба / И.В. Фоменко, Н.С. Краевская, М.В. Вологина, А.Л. Касаткина // Вестник Волгоградского гос. мед. ун-та. 2016. № 1.
9. Фаустова А.Г. Анализ подходов к исследованию динамики личностных структур при изменениях внешности / А.Г. Фаустова // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 4.
10. Джерелей А.А. Методы диагностики психологических реакций у больных хирургического профиля / А.А. Джерелей, И.Г. Романенко, Д.Ю. Крючков, С.М. Горобец // Крымский терапевтический журнал. 2017. № 3.
11. Самарина Я.П. Повышенная чувствительность зубов / Я.П. Самарина // Научное обозрение. Медицинские науки. 2017. № 4.
12. Михальченко А.В. Эффективность применения лекарственных препаратов при лечении гиперестезии зубов / А.В. Михальченко, Д.В. Михальченко, Ю.М. Федотова, Е.А. Медведева // ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет». Волгоград, 2016.
13. Кобиясова И.В. Психология в стоматологии: важнейшие аспекты грамотного общения с пациентом / И.В. Кобиясова // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7. № 1.
14. Петров И.А. Психологические проблемы подготовки пациента и медицинского персонала к обширному хирургическому стоматологическому вмешательству в амбулаторной практике / И.А. Петров, А.Ф. Чернавский, А.А. Бадалян, М.Ю. Огнев // Проблемы стоматологии. 2017. Т. 13. № 3.
15. Щербакова И.В. Подходы к диагностике и лечению тревожных и депрессивных расстройств у онкологических больных / И.В. Щербакова, Л.М. Барденштейн, С.В. Аверьянова // Российский медицинский журнал. 2015. Т. 21. № 2.
16. Саймонтон К. Психотерапия рака / К. Саймонтон, С. Саймонтон. СПб., 2001.

17. *Марилов В.В.* Психологические проблемы и характер психических нарушений у больных базалиомой / В.В. Марилов, В.А. Молочков, О.А. Лукина, Т.Ю. Марилова // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2006. Т. 17. № 4.
18. *Кукшина А.А.* Особенности психоэмоционального состояния и психотерапевтические подходы в реабилитации онкологических больных / А.А. Кукшина, Д.А. Верещагина // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. 2013. № 5.
19. *Арчимачева М.Ю.* Осмысление концепта “Смерть” как фактора культурной идентификации этноса / М.Ю. Арчимачева // Вестник Хакасского гос. ун-та им. Н.Ф. Катанова. 2017. № 19.
20. *Вагайцева М.В.* Психологические исследования в онкологии / М.В. Вагайцева, В.А. Чулкова, Э.Б. Карпова, С.А. Леоненкова // Психология. Психофизиология. 2015. Т. 8. № 3.
21. *Табеева Г.Р.* Коморбидность хронической боли и депрессии у неврологических больных / Г.Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. Т. 5. № 3.
22. *Алексеев В.В.* Принципы лечения болевых синдромов / В.В. Алексеев // Трудный пациент. 2006. Т. 4. № 5.
23. *Осипова В.В.* Психологические аспекты боли / В.В. Осипова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2010. Т. 2. № 1.
24. *Лаптева Е.В.* Когнитивные компоненты эмоциональных нарушений у онкогематологических больных / Е.В. Лаптева, А.М. Жирков // Психология. Психофизиология. 2015. Т. 8. № 4.
25. *Paweł Zielazny, Paulina Zielińska, Krystyna de Walden-Galuszko, Krzysztof Kuziemski, Barbara Bętkowska-Korpala.* Psycho-oncology in Poland. 2016.
26. *Ali Taghizadeh, Leila Pourali, Zahra Vaziri, Hamid Reza Saedi, Fatemeh Behdani, Roya Amel.* Psychological Distress in Cancer Patients. 2018. Mashhad, Iran.
27. *Зотов П.Б.* Суицидальное поведение онкологических больных. Отношение врачей-онкологов / П.Б. Зотов // Суицидология. 2011. № 4.
28. *Труфанова С.И.* Психологические особенности отношения к трансформации Я-физического образа у клиентов эстетической и ампутиционной хирургии / С.И. Труфанова // Sciences of Europe. 2016. № 9.
29. *Белопольская Н.Л.* Возрастно-лицевая идентификация и мотивация омоложения лица у пациенток пластической хирургии / Социально-педагогический колледж Московского городского психолого-педагогического университета. М., 2013.
30. *Варлашкина Е.А.* Особенности образа физического “Я” и удовлетворенности жизнью у женщин с разным уровнем активности ухода за внешностью / Е.А. Варлашкина // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2012. № 1.
31. *Дементий Л.И.* Социально-психологический портрет пациенток пластической хирургии / Л.И. Дементий, Е.А. Варлашкина // Сибирский психологический журнал. 2010. № 36.
32. *Дороженок И.Ю.* Диморфофобия у дерматологических больных с фациальной локализацией процесса / И.Ю. Дороженок, Е.Н. Матюшенко, О.Ю. Олисова // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014. № 1.
33. *Медведев В.Э.* Диморфическое расстройство: клиническая и нозологическая гетерогенность / В.Э. Медведев // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016. Т. 8. № 1.