https://doi.org/10.17116/otorino201782681-84

# Особенности и значение психоэмоционального статуса пациента в функционально-эстетической ринохирургии

Д.м.н. И.А. КИМ, д.м.н., проф. Е.В. НОСУЛЯ*

Кафедра оториноларингологии (зав. — проф. С.Я. Косяков) Российской медицинской академии непрерывного последипломного образования, Москва, Россия, 125367

**Цель — обобщение данных литературы, отражающих особенности психоэмоционального статуса пациентов с нарушениями формы носа и значение его оценки при подготовке к ринопластике. Проанализированы материалы об истории и современном состоянии психологических аспектов ринопластики, значении разработки и использования в предоперационном обследовании диагностических инструментов для оценки психоэмоционального статуса пациентов с деформациями наружного носа. Показано, что игнорирование ринохирургом психоэмоционального статуса пациента и связанные с этим погрешности при определении показаний к хирургическому вмешательству могут быть причиной неудовлетворенности больного результатами даже безупречно выполненной операции.**

***Ключевые слова:*** *деформация, наружный нос, психоэмоциональный статус, акцентуация характера.*

# The peculiar features and significance of the psycho-emotional status of the patients in the context of functional aesthetic rhinosurgery

I.A. KIM, E.V. NOSULYA

Russian Medical Academy of Continuous Post-Graduate Education, Moscow, Russia, 125367

**The objective of the present study was to summarize the literature data concerning the peculiar features of the psycho-emotional status of the patients presenting with nasal deformities and the importance of its evaluation for the preparation for the surgical rhinoplastic intervention. We present the results of analysis of the materials pertinent to the history and the current state of the psychological aspects of rhinoplasty, the importance of the development and application of the diagnostic tools for the evaluation of the psycho-emotional status of the patients presenting with deformations of the external nose. It is concluded that the disregard of the psycho-emotional status of the patients by a thonosurgeon and the resulting mistakes in determining indications for the surgical intervention can be the causes accounting for the patient's dissatisfaction with the outcome of even an ideally performed operation.**

***Keywords:*** *deformation, external nose, the psycho-emotional status, accentuation of the character.*

Представляя собой достаточно распространенный вид хирургических вмешательств, ринопластика характеризуется разнообразием технических приемов, используемых материалов и является одним из наиболее сложных разделов ринохирургии, требующих всесторонней подготовки ринохирурга.

Во многом это обусловлено анатомическими особенностями наружного носа, тесной связью его опорных элементов со структурами носовой полости и высокой вероятностью модификации последних при деформациях наружного носа (ДНН). Тем самым создаются реальные предпосылки для формирования в носовой полости и в околоносовых пазухах таких пациентов морфофункциональных изменений и нозологически очерченных состояний, нередко требующих хирургической коррекции.

С другой стороны, наружный нос играет доминирующую роль в формировании внешнего облика человека, что позволяет рассматривать форму носа в качестве важнейшего элемента, участвующего в реализации еще одной функции носа — эстетической [1].

Разнообразные, зачастую незначительные изменения формы носа оказывают заметное влияние на выражение лица, впечатление о внешности человека. Осознание пациентами с ДНН своего недостатка, переживания, которые они многократно испытывают в процессе общения с окружающими, возможные проблемы, связанные с профессиональной карьерой, личной жизнью — далеко не полный перечень обстоятельств, нередко являющихся источником аффективных реакций, неврозов и других реактивных состояний. Перечисленные расстройства могут оказывать заметное влияние на отношение таких пациентов к дефекту формы носа, мотивы обращения к врачу, степень их удовлетворенности результатами хирургического вмешательства. В особенности это касается случаев неадекватной оценки пациентами собственной внешности и настойчивым желанием изменить нормальную форму носа [2—4].

Поэтому оценка психоэмоционального статуса пациентов с ДНН должна рассматриваться в качестве одного из важнейших компонентов предоперационного обследо-

© И.А. Ким, Е.В. Носуля, 2017

*e-mail: nosulya@bk.ru; ORCID: https://orcid.org/0000-0002-3897-8384

вания больных в функционально-эстетической ринохирургии.

Цель обзора — обобщение данных литературы, отражающих особенности психоэмоционального статуса пациентов с нарушениями формы носа и значение его оценки при подготовке к ринопластике.

Избыточная концентрация внимания на незначительных, часто воображаемых изменениях внешности, искаженное восприятие собственного внешнего вида известно под названием дисморфофобии (body dysmorphic disorder), проявления которой сходны с обсессивно-компульсивным расстройством. Считается, что встречаемость этого состояния в популяции не зависит от пола и возраста и составляет около 2,4% [5]. По другим данным, дисморфофобия — более распространенное психическое расстройство, которое может быть причиной обращения к пластическому хирургу. В связи с этим отмечается важность предварительного скрининга с целью избежать неэффективных или даже наносящих пациенту вред хирургических вмешательств [6]. Это подтверждается статистическим данными Американского общества пластических хирургов, согласно которым ринопластика является одной из самых востребованных эстетических операций у пациентов с дисморфическими расстройствами, а также этнических пациентов и подростков, что определяет актуальность психосоциальных аспектов ринопластики [7].

Хорошо известно, что игнорирование ринохирургом психоэмоционального статуса пациента и связанные с этим погрешности при определении показаний к хирургическому вмешательству могут быть причиной неудовлетворенности больного результатами даже безупречно выполненной операции. В связи с этим растет понимание того, что дисморфофобию следует рассматривать как противопоказание для эстетической ринопластики [8].

Отрицательное влияние изъянов формы носа на внешний облик и внутренний мир человека блестяще иллюстрированы многими сюжетами из классических произведений мировой художественной литературы, которые были систематизированны В.И. Воячеком [9]. Связь между показаниями к ринопластике и результатами хирургического вмешательства, с одной стороны, и психологическим состоянием пациента и социальной средой — с другой обсуждалась многими авторитетными клиницистами прошлого. Одним из первых отечественных хирургов, обративших внимание на душевные переживания больных с дефектами носа, был Н.И. Пирогов [10].

Важную роль в возникновении психической травмы при повреждениях лица, в частности носа, играет осознание больным своего дефекта внешности, который препятствует его самореализации. Наиболее часто (у 53,3% таких пациентов) наблюдаются невротическая симптоматика, сформировавшаяся под влиянием травмы, синдром навязчивых состояний (у 31,5% лиц с психастеническими чертами характера), реже — невыраженный астенодепрессивный синдром (15,2%) [11].

Полагают, что отрицательное влияние ДНН на поведение и психику ребенка является серьезным аргументом в пользу эстетической коррекции носа уже в детском возрасте [11].

Отмечается, что чаще неудовлетворенность своей внешностью и в связи с этим желание оперироваться высказывают женщины молодого возраста [1]. Результаты целенаправленного психологического тестирования пациенток, поступающих на хирургическое лечение по поводу врожденных деформаций наружного носа, свидетельствуют о доминировании у них таких личностных характеристик, как снижение контроля над эмоциями, раздражительность, а также реакций на предстоящее хирургическое вмешательство в виде лабильности настроения в сочетании с энергичным стеничным стремлением к операции [12].

Таким образом, оценка индивидуальных черт характера пациента, состояние его психического здоровья рассматриваются в качестве одного из важнейших аспектов предоперационного обследования [13].

В значительной степени это касается пациентов, высказывающих настойчивое желание изменить/улучшить совершенно нормальную форму носа. Подчеркивается отсутствие показаний к хирургическому вмешательству в таких случаях и целесообразность анализа психопатологических изменений с целью предупреждения конфликтных ситуаций в послеоперационном периоде. При этом обращается внимание на рекомендации J. Joseph, в соответствии с которыми выделяют пациентов с пониженным эстетическим чувством, которые довольно спокойно относятся к имеющемуся косметическому дефекту и не всегда стремятся к его устранению; пациентов с нормальным эстетическим чувством, у которых мотивация предстоящей операции всегда убедительна, а отношение к своим косметическим дефектам вполне осознанное, и пациентов с неправильно развитым эстетическим чувством, у которых практически никогда не бывает тех недостатков внешнего облика, которые они сами себе приписывают. Автор полагает, что психическое состояние пациентов двух последних групп обусловливает необходимость консультации психоневролога (психиатра), а положительный результат хирургического вмешательства в этих случаях весьма сомнителен [14].

Уточнение особенностей психологического статуса пациентов с деформациями носа на этапе предоперационного обследования важно не только с точки зрения определения показаний к операции, но и для прогнозирования степени удовлетворенности больных результатами хирургического вмешательства. Как правило, пациенты, перенесшие риносептопластику, отмечают нормализацию своего психологического благополучия, что способствует их лучшей социальной адаптации. Так, более половины (53,3%) больных, имевших нерезко выраженный астенодепрессивный синдром и (или) стойкую невротическую симптоматику, через 1—5 лет после ринопластики и восстановления функций носа отмечали исчезновение имевшихся до операции неприятных тягостных переживаний, раздражительности, чувства тревоги, подавленности настроения [11, 15].

По данным литературы, оценка психологического состояния пациента является важным аспектом анализа причин неудач предшествовавшей ринопластики. Считается, что менее критичными к результатам таких вмешательств обычно являются мужчины, а также пациенты молодого возраста [16]. Однако в других исследованиях именно у мужчин по сравнению с женщинами и лицами контрольной группы наблюдалась более высокая частота депрессивных расстройств [3], а у пациентов молодого возраста — наличие необоснованно высоких требований к результатам ринопластики и нередко — отрицательная оценка результатов хирургического вмешательства [4].

Обращает на себя внимание тот факт, что хирурги, выполняющие ринопластику, значительно чаще (в 55% случаев) предсказывают неудовлетворенность больных результатами операции, чем сами больные, выступающие в роли экспертов (36% опрошенных) [16]. Поэтому в случаях, когда пациент доволен операцией, неудовлетворенность хирурга ее результатами, по мнению авторов, нельзя рассматривать в качестве достаточного повода для реоперации.

Таким образом, сравнительно высокая частота изменений психоэмоционального фона у пациентов с деформациями носа свидетельствует о необходимости более внимательного изучения мотиваций их обращения к врачу, реакции на наличие косметического дефекта, степени удовлетворенности результатами хирургического вмешательства и других вопросов, оказывающих непосредственное влияние на эффективность функционально-эстетических операций.

Анализ соответствующей литературы свидетельствует об определенном разнообразии методов и способов, применяющихся в пластической хирургии для исследования психоэмоционального статуса пациентов. Отмечается, в частности, значение таких опросников, как «Body Dysmorphic Disorder Questionnaire-Dermatology Version» (BDDQ-DV), «Dysmorphic Concern Questionnaire (DCQ)», которые расцениваются в качестве наиболее перспективных для оценки распространенности и влияния дисморфофобии на результаты лечения в пластической хирургии [17].

Для правильного понимания закономерностей и особенностей формирования реакций больного на ДНН в процессе предоперационного обследования целесообразно изучение характерологических особенностей личности пациента. При этом следует исходить из того, что отдельные черты характера могут обнаруживать избирательную уязвимость по отношению к одним психогенным воздействиям и устойчивость — к другим, что является крайними вариантами нормы и представляет собой различные акцентуации характера.

Акцентуированные личности составляют почти половину населения развитых стран [18]. Считается, что в норме, в обычных условиях, усиление каких-либо черт характера отсутствует или незаметно («скрытая акцентуация» по А.Е. Личко). В других случаях имеет место отчетливое проявление черт определенного характера («явная акцентуация»).

Разграничение акцентуаций и психопатий представляет собой довольно сложную задачу. Клинические проявления психопатий исчерпывающе описаны П.Б. Ганнушкиным [19], который различал циклоидов, астеников, шизоидов, параноиков, эпилептоидов, группу истеричных характеров, неустойчивых, антисоциальных и конституционально-глупых психопатов.

Одной из известных является классификация типов акцентуированной личности по K. Leonhard [18], который дифференцировал демонстративный, педантичный, застревающий, возбудимый, гипертимический, дистимический, аффективно-лабильный, аффективно-экзальтированный, эмотивный, тревожный (боязливый), экстравертированный, интровертированный типы.

Наиболее полное описание основных типов психопатий и акцентуаций представлено в работах А.Е. Личко [20], в соответствии с которыми различают истероидный, циклоидный, психоастенический, эпилептоидный, гипертимный, лабильный, сенситивный, гипертимно-конформный, шизоидный, неустойчивый, конформный, астеноневротический типы акцентуаций. Весьма близка к классификации систематизация типов акцентуаций В.А. Жмурова [21, 22], которая представлена гипотимным, астеническим, возбудимым (эксплозивным), аутистическим (шизоидным), гипертимным, эпилептоидным (импульсивным), сенситивным, параноальным (застревающим), эмотивным (эмоционально-лабильным), демонстративно-истероидным, неустойчивым (экстравертированным), психоастеническим (ананкастическим), конформным, тревожным, антисоциальным и циклоидным типами личности. Количественная оценка результатов исследования предусматривает дифференциацию варианта нормы, наличия акцентуации характера, психопатии с наклонностью к декомпенсации, а также психопатию с частыми декомпенсациями.

Наличие акцентуации является преморбидным состоянием, на фоне которого могут возникать различные психические расстройства. Знание типа акцентуации и присущих ему наиболее чувствительных сторон характера в известной степени позволяет прогнозировать ситуации, способствующие возникновению психогенных реакций в послеоперационном периоде.

Есть основания полагать, что оценка характерологических особенностей пациентов в функционально-эстетической ринохирургии может помочь в более обоснованном отборе пациентов с ДНН для хирургического лечения с учетом возможных вариантов их реагирования на наличие дефекта внешности и результаты хирургического вмешательства.

К сожалению, данные о личностных особенностях пациентов и их реакции на ДНН весьма ограничены и носят достаточно фрагментарный характер. Используемые рекомендации J. Joseph, позволяющие дифференцировать пациентов с дефектами внешности в зависимости от их эстетического чувства, безусловно, сыграли, а возможно и играют определенную роль в совершенствовании предоперационного обследования таких больных. Однако наличие у пациента даже безупречно развитого эстетического чувства, способности вполне адекватно оценивать степень дефекта своей внешности далеко не всегда свидетельствует об отсутствии у него личностных девиаций или вероятности их возникновения (декомпенсации) после хирургического вмешательства. В то же время нельзя не учитывать, что в этих условиях создаются реальные предпосылки для усиления того или иного типа акцентуации характера, который, в итоге, определяет отношение пациента к ДНН.

По-видимому, спокойное восприятие отчетливых ДНН без навязчивого стремления к их устранению; обоснованность, убедительность мотивировки обращения к ринохирургу в связи с наличием ДНН или, напротив, избыточная концентрация внимания пациента на ДНН, особенно когда речь идет о незначительной или воображаемой (мнимой) ДНН, настойчивое желание оперироваться с целью изменения собственной внешности и другие варианты поведения скорее всего отражают разные типы отношения к болезни (в данном случае — ДНН). Последнее во многом зависит от типа акцентуации характера. Обнаруживая уязвимые черты характера, тот или иной тип акцентуации позволяет с известной долей веро-

ятности прогнозировать возникновение тяжелых декомпенсаций или психогенных реакций, сопровождающихся дезадаптацией [23]. Это позволяет рассматривать акцентуации в качестве одного из важных критериев оценки мотивации обращения пациента с ДНН к хирургу и определения показаний к ринопластике.

Таким образом, совершенствование существующих и разработка новых методик и инструментов до- и послеоперационного интервьюирования и психологического тестирования, активное использование их в повседневной практике являются важнейшими компонентами адекватной оценки психоэмоционального статуса пациентов с ДНН, их эффективной предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.**

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES


1. Пискунов Г.З. *Эстетическая и функциональная хирургия носа*. Материалы конференции, посвященной пятилетию Российского общества ринологов. 1997;28-35. [Piskunov GZ. *Esteticheskaya i funktsional'naya khirurgiya nosa*. Materialy konf., posv. Pyatiletiyu Rossijskogo obshhestva rinologov. 1997;28-35. (In Russ.)].
2. Федун Н.Ф. Особенности и течение психогений при травматической деформации носа. *Журнал ушных, нос и горл бол.* 1981;4:6-9. [Fedun NF. Features and course of psychogeny in traumatic deformities of the nose. *Zhurn ushn, nos i gorl bol.* 1981;4:6-9. (In Russ.)].
3. Slator R, Harris DL. A rhinoplasty patients potentially mad? *Br J Plast Surgery.* 1992;45:4:307-310;
4. Gruber I, Jovanovic S, Berghaus A. Subjective and objective evaluation of the outcome of rhinoplasty. A retrospective study. *Laryngorhinootology.* 1995;74:8:495-499.
5. Bjornsson AS, Didie ER, Phillips KA. Body dysmorphic disorder. *Dialogues Clin Neurosci.* 2010;12(2):221-232.
6. Hundscheid T, van der Hulst RR, Rutten BP, Leue C. Body dysmorphic disorder in cosmetic surgery — prevalence, psychiatric comorbidity and outcome. *Tijdschr Psychiatr.* 2014;56(8):514-522.
7. Andretto AC. The central role of the nose in the face and the psyche: review of the nose and the psyche. *Aesthetic Plast Surg.* 2007;31(4):406-410.
8. Reichert M, Scheithauer M, Hoffmann TK, Hellings P, Picavet V. What rhinoplasty surgeons should know about body dysmorphic disorder (BDD). *Laryngorhinootologie.* 2014;93(8):507-513. Epub 2014 Jul 29. https://doi.org/10.1055/s-0034-1371825
9. Воячек В.И. *Ринортоз.* Л. 1963;3-8. [Voyachek VI. *Rinortoz.* L. 1963;3-8. (In Russ.)].
10. Пирогов Н.И. О пластических операциях вообще, о ринопластике в особенности. *Военно-медицинский журнал.* 1836;XXVIII:2:1-36. [Pirogov NI. About plastic surgery in general, about rhinoplasty in particular. *Voenno-med zhurn.* 1836;(28)2:1-36. (In Russ.)].
11. Senechal G, Senechal B, Soudant J, Lamas G. Une intervention controversee: la rhinoplastie chez l'enfant. *Ann cervicofac.* 1988;(105)4:265-270.
12. Максимов М.Ю., Цепколенко В.А., Полторак С.Я., Житковский Г.В. Объективная оценка изменений контуров лица при эстетической ринопластике по данным компьютерного видеографического анализа. *Вестник стоматологии.* 1996.;1:39-45. [Maksimov MYu, Cepkolenko VA, Poltorak SYa, Zhitkovskiy GV. Objective assessment of changes in facial contours in aesthetic rhinoplasty according to computer graphic analysis. *Vestnik stomatologii.* 1996;1:39-45. (In Russ.)].
13. Hawes MJ, Bible HHJr. The paranoid patient: surgeon beware. *Ophtalmic Plast Reconsr Surg.* 1990;6:225-227.
14. Joseph J. *Nasenplastik und sontige Gesichtsplastik*. Kabitsch. Lipsko. 1931.
15. Stewart EJ, Robinson K, Wilson JA. Assessment of patient's benefit from rhinoplasty. *Rhinology.* 1996;(34)1:57-59.
16. Tobin HA, Webster RC. The less then satisfactory rhinoplasty: Comparison of patient and surgeon satisfaction. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1986;(94)1:86-95.
17. Picavet V, Gabriëls L, Jorissen M, Hellings PW. Screening tools for body dysmorphic disorder in a cosmetic surgery setting. *Laryngoscope.* 2011;121(12):2535-2541. https://doi.org/10.1002/lary.21728
18. Leonhard K. Цит. По Личко А.Е.: *Психопатии и акцентуации характера у подростков.* Л. 1983;20-21. [Leonhard K. Cit. po Lichko A.E.: *Psihopatii i akcentuacii haraktera i podrostkov.* L. 1983;20-21. (In Russ.)].
19. Ганнушкин П.Б. *Клиника психопатий, их статистика, динамика и систематика.* Избранные труды. М. 1964;116-251. [Gannushkin PB. *Klinika psihopatiy, ih statistika, dinamika i sistematika.* Izbrannye trudy. M. 1964;116-251. (In Russ.)].
20. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков.* Л. 1983. [Lichko AE. *Psihopatii i akcentuacii haraktera i podrostkov.* L. 1983;20-21. (In Russ.)].
21. Жмуров В.А. *Психопатология.* Часть I. Симптоматология. Изд-во Иркутского университета; 1994. [Zhmurov VA. *Psihopatologiya.* Chast' I. Simptomatologiya. Izd-vo Irkutskogo universiteta; 1994. (In Russ.)].
22. Жмуров В.А. *Психопатология.* Часть II. Психопатологические синдромы. Изд-во Иркутского университета; 1994. [Zhmurov VA. *Psihopatologiya.* Chast' II. Psihopatologicheskie sindromy. Izd-vo Irkutskogo universiteta; 1994. (In Russ.)].
23. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. *Методы психологической диагностики и коррекции в клинике.* Л. 1983. [Kabanov MM, Lichko AE, Smirnov VM. *Metody psihologicheskoy diagnostiki i korrekcii v klinike.* L. 1983. (In Russ.)].


Поступила 10.09.17