

клинических рекомендаций по ожирению. *Российский кардиологический журнал*. 2016; (4): 7-13.

- Белоцерковцева Л.Д., Коваленко Л.В., Корнеева Е.В. Жировая ткань и её роль в развитии метаболического синдрома у женщин. *Вестник СурГУ. Медицина*. 2011; (1): 11-27.
- Кравчун П.Г., Кадыкова О.И., Габисония Т.Н. Роль гормонов жировой ткани в формировании метаболических нарушений у больных с сердечно-сосудистой патологией. *Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов*. 2013; (1): 114-7.
- Никонова Л.В., Тишковский С.В., Гулинская О.В., Дорошкевич И.П., Янец Н.В., Давыдчик Э.В. Метаболическая активность жировой ткани и её роль в формировании инсулинорезистентности. *Журнал Гродненского государственного медицинского университета*. 2012; (1): 7-9.
- Косыгина А.В. Адипоцитокины в научной и клинической практике. *Ожирение и метаболизм*. 2011; (1): 32-9.
- Сметнев С.А., Мешков А.Н. Роль пептидных гормонов (адипонектин, лептин, инсулин) в патогенезе атеросклероза. *Рациональная фармакотерапия в кардиологии*. 2015; 11(5): 522-8.
- Парфенова Н.С., Таянский Д.А. Адипонектин: влияние на метаболические и сердечно-сосудистые нарушения. *Артериальная гипертензия*. 2013; 19(1): 84-96.

#### REFERENCES

- Romantsova T.I. Obesity epidemic: the obvious and likely causes. *Ozhirenie i metabolizm*. 2011; (1): 5-17. (in Russian)
- Shlyakhto E.V., Nedogoda S.V., Konradi A.O., Baranova E.I., Fomin V.V., Vertkin A.L., et al. The concept of the new national clinical guidelines on obesity. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2016; (4): 7-13. (in Russian)
- Belotserkovtseva L.D., Kovalenko L.V., Korneeva E.V. Adipose tissue and its role in the development of metabolic syndrome in women. *Vestnik SurGU. Meditsina*. 2011; (1): 11-27. (in Russian)
- Kravchun P.G., Kadykova O.I., Gabisoniya T.N. The role of hormones in the formation of adipose tissue metabolic disorders in patients with cardiovascular disease. *Zhurnal nauchnykh publikatsiy aspirantov i doktorantov*. 2013; (1): 114-7. (in Russian)
- Nikonova L.V., Tishkovskiy S.V., Gulinskaya O.V., Doroshkevich I.P., Yanets N.V., Davydchik E.V. Metabolic activity of adipose tissue and its role in the insulin resistance. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta*. 2012; (1): 7-9. (in Russian)
- Kosygina A.V. Adipocytokines in research and clinical practice. *Ozhirenie i metabolizm*. 2011; (1): 32-9. (in Russian)
- Wang Y.Y., Lin S.Y., Chuang Y.H., Chen C.J., Tung K.C., Sheu W.H. Adipose proinflammatory cytokine expression through sympathetic system is associated with hyperglycemia and insulin resistance in a rat ischemic stroke model. *Am. J. Physiol. Endocrinol. Metab*. 2011; 300(1): E155-63.
- Smetnev S.A., Meshkov A.N. The role of peptide hormones (adiponectin, leptin, insulin) in the pathogenesis of atherosclerosis. *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii*. 2015; 11(5): 522-8. (in Russian)
- Parfenova N.S., Tanyanskiy D.A. Adiponectin: impact on metabolic and cardiovascular disorders. *Arterial'naya gipertenziya*. 2013; 19(1): 84-96. (in Russian)
- Grundy S.M., Cleeman J.I., Merz C.N.B., Brewer H.B., Clark L.T., Hunninghake D.B., et al. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. NCEP Report. *Circulation*. 2004; 110: 227-39.

Поступила 20.10.16  
Принята к печати 28.03.17

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017  
УДК 617-089.197.7

**Петрова Н.Н.<sup>1</sup>, Калакуцкий Н.В.<sup>2</sup>, Палатина О.М.<sup>1</sup>**

### КЛИНИЧЕСКАЯ И ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

<sup>1</sup>ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», медицинский факультет, кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии, 199034, г. Санкт-Петербург;

<sup>2</sup> ГБОУ ВПО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», кафедра стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии, 197022, г. Санкт-Петербург

♦ В настоящее время не определены стандарты оказания специализированной психиатрической помощи пациентам пластической хирургии. Расширение знаний о клинических, психосоциальных особенностях пациентов реконструктивной и пластической хирургии поможет определить группы риска по развитию психических расстройств и уточнить алгоритмы ведения данных пациентов. В работе обследовано 44 пациента, перенесших пластические операции в области лица и шеи. Применялись клинический и психометрический методы (шкала депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии). Пациенты эстетической хирургии отличаются более высоким уровнем социального функционирования, однако у них чаще встречались психические расстройства в прошлом. При этом пациенты реконструктивной и эстетической хирургии получали лечение по поводу психических расстройств в 33,3 и 46,2% случаев соответственно. К психиатру обращались изредка. Психопатология, чаще невротического уровня, диагностировалась в 52,4% случаев в группе реконструктивной хирургии и в 81,6% случаев в группе эстетической хирургии. Пациенты реконструктивной хирургии отличались большей распространённостью последствий тяжёлого стресса и реактивных состояний, лучшей критикой, ипохондрическими тенденциями. Субъективно пациенты с глубокими поражениями тканей лица и шеи психологически наиболее тяжёлым считали первый год после первого лечения у пластических хирургов. Для пациентов эстетической хирургии характерны дисморфобия и расстройство личности. В обеих группах более чем в 50% случаев выявлялась депрессивная симптоматика. В группе реконструктивной хирургии структура депрессивного синдрома отличалась поверхностным сном, двигательным беспокойством, в то время как в группе эстетической хирургии ярче проявлялись вегетативный и психический компоненты тревоги.

**Ключевые слова:** психическая патология; реконструктивная и эстетическая хирургия; депрессия.

**Для цитирования:** Петрова Н.Н., Калакуцкий Н.В., Палатина О.М. Клиническая и психосоциальная характеристика пациентов пластической хирургии. *Российский медицинский журнал*, 2017; 23(6): 315—320.  
DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-315-320>

**Для корреспонденции:** Петрова Наталья Николаевна, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет», 199034, г. Санкт-Петербург; E-mail: [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

**Petrova N.N.<sup>1</sup>, Kalakutsky N.V.<sup>2</sup>, Palatina O.M.<sup>1</sup>**

THE CLINICAL AND PSYCHO-SOCIAL CHARACTERISTIC OF PATIENTS IN PLASTIC SURGERY

<sup>1</sup>The St. Petersburg state university, 199034, St. Petersburg, Russian Federation;

<sup>2</sup>The I.P. Pavlov first St.Petersburg state medical university of Minzdrav of Russia, 197022, St. Petersburg, Russian Federation

◆ Nowadays, the standards of rendering of specialized psychiatric care to patients of plastic surgery are still to be determined. The broadening of knowledge about clinical, psycho-social characteristics of patients of reconstructive and plastic surgery will assist to determine risk groups on mental disorders and to specify algorithms of management of these patients. The study covered 44 examined patients underwent plastic operations in area of face and neck. The clinical and psychometric techniques (Hamilton depression scale, Hospital Anxiety and Depression Scale) were applied. The patients of aesthetic surgery are characterized by higher level of social functioning. However, in the past mental disorders were diagnosed among them more frequently. At that, the patients of reconstructive and aesthetic surgery received treatment of mental disorders in 33.3% and 46.2% correspondingly. They visited psychiatrist on rare occasions. The mental pathology, more often of neurotic level, was diagnosed in 52.4% of cases in the group of reconstructive surgery and in 81.6% of cases in the group of aesthetic surgery. The patients of reconstructive surgery differed by higher prevalence of severe stress and reactive conditions, better criticism and hypochondria tendencies. Subjectively, the patients with deep affections of face and neck tissues psychologically considered as a most difficult year the first one after first treatment by plastic surgeons. The patients of aesthetic surgery are characterized by dysmorphophobia and personality disorders. In both groups in more than 50% of all cases a depressive symptomatic was detected. In the group of reconstructive surgery, the structure of depressive syndrome characterized by superficial sleep, locomotion anxiety. At the same time, the group of aesthetic surgery demonstrated more strikingly vegetative and mental components of anxiety.

**Keywords:** mental pathology; reconstructive and aesthetic surgery; depression.

**For citation:** Petrova N.N., Kalakutsky N.V., Palatina O.M. The clinical and psycho-social characteristic of patients in plastic surgery. Rossiiskii meditsinskii zhurnal (Medical Journal of the Russian Federation, Russian journal). 2017; 23(6): 315—320. (In Russ.) DOI <http://dx.doi.org/10.18821/0869-2106-2017-23-6-315-320>

**For correspondence:** Nataliya N. Petrova, doctor of medical sciences, professor, the head of the chair of psychiatry, narcology and medical psychology the St. Petersburg state university, 199034, St. Petersburg, Russian Federation, E-mail: [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

**Information about authors:**

Petrova N.N., [orcid.org/0000-0003-4096-6208](http://orcid.org/0000-0003-4096-6208)

Kakakuckiy N.V., [orcid.org/0000-0001-5667-6403](http://orcid.org/0000-0001-5667-6403)

Palatina O.M., [orcid.org/0000-0003-4128-919X](http://orcid.org/0000-0003-4128-919X)

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Acknowledgments.** The study had no sponsorship.

Received 22.01.17

Accepted 28.03.17

## Введение

Пластическая хирургия — область хирургии, направленная на восстановление утраченных параметров тела (реконструктивная хирургия) или изменение нормальной внешности с целью её улучшения (эстетическая хирургия) [1, 2]. Пациент как реконструктивного, так и эстетического хирурга испытывает психологический дискомфорт, связанный с принятием собственного тела. Считается, что в первом случае проблема вызвана неприятием со стороны социума патологически изменённой внешности человека, во втором — субъективным неприятием своего тела [3].

Психические расстройства (преимущественно невротические) наблюдаются почти в половине случаев среди пациентов, которым выполняются реконструктивные пластические операции [4]. В клинике реконструктивной хирургии внимание исследователей сконцентрировано на депрессивных и тревожных состояниях, которые встречаются более чем в 35% случаев [5, 6]. Описаны посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессия, обсессивно-компульсивное расстройство, тревожно-ипохондрические расстройства, злоупотребление алкоголем [7]. Коморбидная психопатология ухудшает качество жизни, замедляет сроки восстановления после операции и повышает уровень смертности пациентов [8]. После завершения хирургического лечения у четверти пациентов сохраняется тревожно-депрессивная симптоматика [6].

Примерно у половины пациентов, которым выполнялись эстетические операции, обнаруживают депрессивную симптоматику [9], в трети случаев регистрируются обсессивно-компульсивные и фобические расстройства [10]. Гораздо чаще, чем в общей популяции,

встречаются дисморфофобия и нарушения пищевого поведения [11], личностные расстройства (преимущественно гистрионное и нарциссическое) [12]. У 70% пациентов, обратившихся за помощью к пластическим хирургам, обнаруживают повышенный уровень тревожности [13].

До настоящего времени нет единого мнения относительно показаний к пластическим операциям, целесообразности данных операций и даже их влияния на социопсихологическое функционирование пациентов [14]. Отмечается положительное влияние операции на психосоциальное функционирование [15]. Эстетическая операция в большинстве случаев способствует повышению самооценки пациента и его качества жизни [10]. Считается, что в случае лёгкой выраженности психопатологической симптоматики эстетическая операция положительно влияет на психосоциальное функционирование и даже может привести к редукции дисморфофобических и тревожных расстройств [17]. В то же время отмечено превалирующее влияние возраста и приверженности адьювантной терапии на качество жизни по сравнению с фактом выполнения реконструктивной операции [16]. В части случаев операция может привести к обострению имевшейся ранее психопатологической симптоматики, нарушениям в межличностных отношениях (когда члены семьи были против процедуры), социальной дезадаптации, сутяжному и агрессивному поведению по отношению к хирургу и даже к суициду [9, 18, 19].

Имеются работы, в которых сравниваются психопатологические и психологические характеристики пациентов реконструктивной и эстетической хирургии. Так, в исследовании M. Naraghi и M. Atari (2015) при использовании симптоматического опросника SCL-90-R выяв-

лены более высокие уровни психопатологической симптоматики (в подшкалах обсессивно-компульсивного расстройства, депрессии, внутрличностных проблем, психотизма, паранойи, враждебности, фобии и психопатологии в целом) у пациентов эстетической ринопластики по сравнению с пациентами, которым была выполнена ринопластика по медицинским показаниям [20]. В работе А.Н. Скрипникова и Л.А. Герасименко (2006) рассматриваются клинические характеристики обеих групп, оцениваются результаты психотерапевтических интервенций. Показано, что после трёх месяцев групповой и индивидуальной работы в группе реконструктивных пациентов почти вдвое снизился уровень тревоги и напряжённости аффекта, а в группе эстетической хирургии 27,3% пациентов отказались от оперативного вмешательства [21].

Целью исследования явился сравнительный анализ клинических и психосоциальных характеристик пациентов пластической хирургии.

### Материал и методы

Объектом исследования явились психическое состояние и личностно-психологические особенности пациентов пластической хирургии.

Исследование проводилось на базах ГБУЗ «Городская Мариинская больница», Клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (Санкт-Петербург).

В исследование включено 44 пациента, которым были выполнены пластические операции в области лица и шеи. Критериями включения являлись устное согласие пациента на обследование, отсутствие тяжёлой сопутствующей соматической патологии в стадии декомпенсации.

Были выделены две группы сравнения: 1-я группа включала 21 пациента, которым были выполнены реконструктивные хирургические операции; 2-ю группу составили 23 пациента, которым были выполнены эстетические хирургические операции. В отделении челюстно-лицевой хирургии обследован 21 пациент, среди них 7 мужчин и 14 женщин. Эстетические пластические операции выполнены 23 пациентам, в том числе 21 женщине и двум мужчинам. В составе 1-й группы было достоверно больше мужчин ( $p = 0,064$ ). Пациенты, которым выполнены реконструктивные операции, отличались несколько более старшим возрастом ( $p = 0,036$ ) (табл. 1).

Пациенты 2-й группы (эстетическая хирургия) достоверно чаще имели высшее образование (или являлись студентами старших курсов), в сравнении с пациентами 1-й группы (реконструктивная хирургия;  $p = 0,0024$ ), причем это различие касается пациентов молодого и среднего возраста (до 45 лет включительно,  $p = 0,0002$ ), что отражает социальный статус пациентов групп сравнения (табл. 2). Не работали (в том числе находились на пенсии по возрасту) 42,9% пациентов в 1-й группе и 26,1% пациентов — во 2-й. Все пациенты имели поддержку со стороны семьи и близких.

Среди пациентов 1-й группы причиной операции в 14,3% случаев явились внезапные состояния (травма), в 85,7% — длительно развивавшиеся процессы (опухоли, врождённые дефекты). В 47,6% случаев поражение оценивалось как неглубокое, размеры дефекта не превышали 6×6 см, затрагивали кожу и прилегающие мягкие ткани, не отмечалось значимого влияния на функции

поражённого органа, косметический дефект устранялся за 1—2 хирургические операции. В остальных случаях имело место поражение глубоких мягких тканей, костных структур с нарушением жизненно важных функций (дыхание, глотание), что, как правило, требовало серии восстановительных операций.

Во 2-й группе наиболее востребованными оказались омолаживающие операции (блефаропластика, круговая подтяжка лица; 52,2% случаев). Редко встречались ото-пластика (4,3%) и мандибулопластика (8,7%).

В исследовании использовались клинично-анамнестический метод, психометрические методики (клиническая шкала депрессии Гамильтона, Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), Общая обсессивно-компульсивная шкала (NIMH)), статистический метод (хи-квадрат, U-критерий Манна—Уитни, коэффициент корреляции Спирмена) с использованием программы SPSS Statistica 22.0 for Windows.

### Результаты

Отягощённая психическими и аддиктивными расстройствами наследственность встречалась в 19,0% случаев в 1-й группе и в 34,8% случаев во 2-й ( $p = 0,32$ ).

Пациенты 2-й группы чаще имели психические нарушения в прошлом (56,5% против 14,3% случаев,  $p = 0,005$ ). В одном случае в 1-й группе и в одном случае во 2-й группе отмечались психотические аффективные расстройства в прошлом (маниакальный эпизод и реактивный депрессивный эпизод соответственно). В остальных случаях имели место депрессивные и тревожные расстройства. Для пациентов 1-й группы характерны реактивные состояния в анамнезе, лечение которых осуществлялось только в трети случаев. Пациенты 2-й группы чаще прибегали к медицинской помощи (в 46,2% случаев обращались к психотерапевту, в 7,7% случаев лечились у психиатра). В связи с наличием психологических проблем пациенты в прошлом обращались к психологу, причём заметно чаще пациенты 2-й группы (53,9 и 33,3% случаев соответственно).

Психические нарушения заметно реже выявлялись у пациентов, перенесших реконструктивные операции (52,4% и 82,6% случаев в 1-й и 2-й группах соответственно,  $p = 0,052$ ). В 1-й группе развитие психического расстройства в 81,8% случаев было психогенно спровоцировано (как правило, соматическим заболеванием), в то время как во 2-й группе подобная связь обнаружена только в 47,4% случаев ( $p = 0,057$ ; ситуация разрыва романтических отношений) (табл. 3).

В обеих группах сравнения превалировали невротические расстройства (раздел F4 по МКБ-10). При этом во 2-й группе данная патология встречалась несколько чаще (в 39,1% случаев против 23,8% в 1-й;  $p = 0,34$ ). Специфичными для 1-й группы можно считать последствия тяжёлого стресса (посттравматическое стрессовое расстройство в одном случае) и расстройства адаптации (реактивные тревожные депрес-

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Группа пациентов	Средний возраст, годы	Стандартное отклонение	Женщины, %	Мужчины, %
1-я	44,29*	14,31	66,67	33,33
2-я	35,83*	11,02	91,30	8,70

Примечание. \* —  $p = 0,036$ .

Таблица 2  
Социальная характеристика пациентов

Показатель	1-я группа, %	2-я группа, %	<i>p</i>
Имеют высшее образование	47,6	91,3	0,0024
Работают	57,1	73,9	0,34
Состоят в браке	47,6	47,8	0,99
Имеют детей	57,1	56,5	0,99

сии в двух наблюдениях) — раздел F43 по МКБ-10. Данные нарушения встречались в 14,3% случаях и не были зарегистрированы во 2-й группе ( $p = 0,1$ ). Реактивные тяжёлые депрессивные состояния (продолжительностью до двух лет) возникли в случаях тяжёлой психотравмирующей ситуации (значительная деформация тканей лица после жизнеугрожающей ситуации, внезапная потеря любимого родственника). У данного пациента наблюдалось посттравматическое развитие личности с эмоциональной неустойчивостью, подозрительностью, конфликтностью, склонностью к тревожно-депрессивным реакциям.

Во 2-й группе в 13,0% случаев наблюдалась дисморфофобия (F45.2. Ипохондрическое расстройство). Дисморфоманического (бредового) уровня эти расстройства не достигали. Об этом свидетельствовали наличие уступчивой критики, коррекция поведения в зависимости от внешних обстоятельств, отсутствие сопутствующей психотической симптоматики. В некоторых случаях идеи о наличии дефекта внешности достигали уровня сверхценных. В отличие от доминирующих ипохондрических представлений сверхценные идеи сопровождалась повышенным уровнем эмоционального напряжения, неполной критикой. Одна пациентка 1-й группы после тяжёлого поражения тканей лица и серии восстановительных операций имела запрос на эстетические операции лица (блефаропластика, круговая подтяжка лица), акцентируя внимание на минимальных дефектах внешности. Данные явления носили вторичный характер по отношению к тревожно-депрессивной симптоматике и отражали социальную неуверенность пациентки и страх перед возвращением к обычной жизни. Случаев дисморфофобии в данной группе не выявлено.

Коморбидные психические расстройства встречались в 8,7% случаев во 2-й группе и отсутствовали в 1-й группе. Во всех случаях одним из коморбидных расстройств явилось расстройство личности.

Пациенты 1-й группы чаще предъявляли жалобы тревожно-депрессивного круга, активно участвовали в беседе. В большинстве случаев пациенты интересовались разнообразными медицинскими аспектами физического недуга, в 33,3% случаев выявлялись ипохондрические тенденции (сосредоточенность на телесных ощущениях, поглощённость вопросами здоровья и/или здорового образа жизни). В 19% случаев обнаруживалась диссоциативная реакция на болезнь по типу компартмент-диссоциации (нарочито хорошее настроение при тяжёлом дефор-

мирующем поражении тканей лица). 40% пациентов, имеющих глубокие поражения тканей лица, сообщали о клинически очерченных симптомах тревоги и депрессии, а также о вынужденной социальной изоляции в первый год после начала хирургического заболевания. Несмотря на сохранную критику к имеющимся жалобам, пациенты обычно не обращались к специалистам в области душевного здоровья и отвечали отказом на предложение консультации психолога-психотерапевта.

Для пациентов 2-й группы было характерно отсутствие активных жалоб психологического характера. Пациенты менее охотно соглашались на беседу, требовалось больше времени для установления контакта, который зачастую носил формальный характер. Фиксированность на телесных переживаниях чаще достигала психопатологического уровня (что соответствовало большей распространённости дисморфофобии в данной группе).

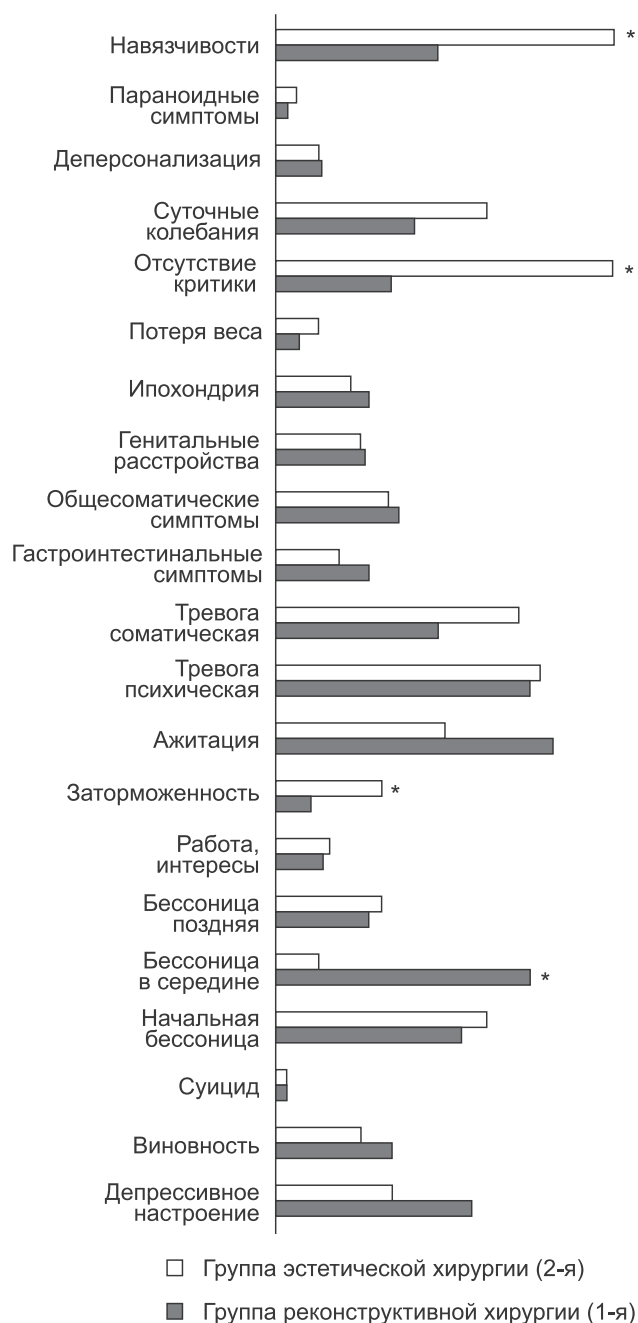
Показатели тревоги и депрессии, согласно самооценке по Госпитальной шкале, в обеих группах не имели значимых различий и не выходили за пределы нормы. Выраженность тревоги составила: в группе реконструктивной хирургии  $7,08 \pm 4,06$  баллов, в группе эстетической хирургии  $6,60 \pm 3,06$  баллов. Выраженность депрессии составила: в 1-й группе  $4,00 \pm 2,30$  баллов, во 2-й группе  $4,60 \pm 2,46$  баллов.

При анализе структуры депрессивного синдрома по шкале Гамильтона значимых различий между группами выявлено не было. Примерно в 40% случаев депрессия отсутствовала. Выраженность депрессии достигала 7,01 балла (СО = 6,05) в 1-й группе, 7,57 баллов (СО = 3,99) во 2-й группе, что соответствует лёгкому депрессивному синдрому.

При анализе структуры депрессивного синдрома различия были выявлены как по частоте встречаемости, так и по выраженности отдельных симптомов. Пациенты группы реконструктивной хирургии при расспросах чаще предъявляли жалобы на поверхностный сон с пробуждениями: 47,6% против 8,7% ( $p = 0,006$ ). Среди пациентов данной группы реже встречалась обсессивная симптоматика, представленная в большинстве случаев кратковременными навязчивыми мыслями без сформированных ритуалов (в 28,6% случаев против 60,9%,  $p = 0,039$ ). Во 2-й группе чаще регистрировалась тревожная симптоматика: соматический компонент (перехватывание дыхания,

Таблица 3  
Частота психических расстройств у пациентов клиники пластической хирургии

Диагноз по МКБ-10	1-я группа		2-я группа	
	абс.	%	абс.	%
Органические психические расстройства (F06)	2	9,5	2	8,7
Расстройства настроения (F3)	3	14,3	6	26,1
Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F4)	5	23,8	9	39,1
Другие тревожные расстройства (F41)	2	9,5	6	26,1
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	0	0,0	3	13,0
Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации (F43)	3	14,3	0	0,0
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (F6)	1	4,8	2	8,7
Отсутствие психопатологии	10	47,6	4	17,4
Коморбидные психические расстройства	0	0,0	2	8,7



Сравнительная характеристика психических расстройств у пациентов эстетической и пластической хирургии.

\* —  $p < 0,06$ .

головная боль, ощущение сердцебиения, учащение мочеиспускания) встречался в 69,6% случаев (в то время как в 1-й группе — в 47,6%,  $p = 0,22$ ), психический — в 82,6% случаев (против 61,9%,  $p = 0,18$ ).

Среди пациентов 1-й группы было более выраженным двигательное беспокойство ( $p = 0,18$ ), в то время как напряжение у пациентов 2-й группы в большей степени проявлялось внешней медлительностью ( $p = 0,03$ ; рисунок). Во 2-й группе чаще встречалась неполная критика к имеющимся психическим нарушениям, при этом разница наблюдалась как в количественном (в 65,2% случаев против 23,8%,  $p = 0,008$ ), так и в качественном аспекте ( $p = 0,004$ ).

Для 2-й группы также была характерна большая выраженность обсессивно-компульсивной симптоматики

( $p = 0,053$ ), что согласуется с результатами обследования по шкале НИМ. При оценке выраженности обсессивно-компульсивного поведения по шкале НИМН средние баллы в обеих группах соответствовали показателям нормы (1,95 балла для 1-й группы, 2,39 балла для 2-й). Достоверных различий между группами получено не было. Субклиническое обсессивно-компульсивное поведение (без существенного влияния на повседневную активность, борьба с симптомами занимает минимальное количество времени) выявлялись в 9,5% случаев в 1-й группе и в 13,0% во 2-й. Клинически очерченная обсессивно-компульсивная симптоматика была выявлена в 9,5 и 8,7% случаев соответственно. В одном случае в 1-й группе и в одном случае во 2-й группе обсессивно-компульсивная симптоматика достигала значительной степени выраженности. В первом случае — в рамках тяжёлого депрессивного эпизода, во втором — в структуре органического депрессивного расстройства с тревожно-ипохондрической симптоматикой. Следует отметить, что навязчивые мысли, конгруэнтные гипотимному аффекту, или руминации, в литературе относят как к тревожным, так и к депрессивным расстройствам (в рамках атипичных тревожных депрессий) [22, 23].

При анализе корреляционных связей между субъективной и объективной оценкой симптомов тревоги и депрессии получены следующие результаты. В 1-й группе оценка по шкале Гамильтона имеет высокую положительную корреляцию с подшкалой тревоги Госпитальной шкалы ( $r = 0,751$ ,  $p = 0,005$ ) и слабую положительную корреляцию с подшкалой депрессии ( $r = 0,394$ ,  $p = 0,206$ ). Таким образом, имеется совпадение экспертной оценки и самооценки пациентов в 75,1% случаев тревожных расстройств и в 39,4% случаев депрессии. Можно говорить о достаточно критичной оценке имеющихся тревожных расстройств пациентами 1-й группы.

При анализе аналогичных взаимосвязей во 2-й группе параллелизма между субъективной и объективной оценкой не выявлено ( $r = 0,276$ ,  $p = 0,440$  для тревожных расстройств;  $r = -0,213$ ,  $p = 0,556$  для депрессии). Полученные данные соответствуют недостаточно сформированной критике пациентов (как по клинической, так и по шкальной оценке). Для пациентов 2-й группы типична коморбидность тревоги и депрессии (в 64,3% случаев,  $r = 0,643$ ,  $p = 0,045$ ).

В целом, зависимость между длительностью заболевания и выраженностью депрессивной симптоматики у пациентов 1-й группы отсутствует ( $r = 0,323$ ,  $p = 0,153$ ). Однако при исключении из выборки случаев врождённых дефектов внешности обнаружено, что по мере длительности хирургического заболевания (или дефекта внешности) нарастает тяжесть депрессивной симптоматики ( $r = 0,425$ ,  $p = 0,079$ ).

### Обсуждение

Полученные сведения о частоте психических расстройств согласуются с данными литературы о большей распространённости психопатологии у пациентов 2-й группы (эстетическая хирургия) по сравнению с пациентами 1-й группы (реконструктивная хирургия) [20]. Специфичными для 1-й группы явились расстройства адаптации и ПТСР, для 2-й группы — дисморфофобия и тревожные расстройства, что отмечено в ряде зарубежных исследований [4, 7, 9, 17].

В нашем исследовании были выявлены различия в структуре депрессии. У пациентов 1-й группы (реконструктивная хирургия) доминировали бессонница, двигательное беспокойство, в то время как у пациентов 2-й группы (эстетическая хирургия) преобладали вегетативный и психический компоненты тревоги. Пациенты 1-й группы демонстрировали более высокий уровень критичности к имеющимся психическим расстройствам.

Таким образом, представляется целесообразным проведение скрининга психических расстройств у пациентов пластических хирургов с применением психометрических шкал. Группу риска в плане развития депрессивных расстройств представляют собой пациенты, имеющие психические нарушения в прошлом, а также пациенты реконструктивной хирургии с длительным периодом хирургического заболевания.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

#### ЛИТЕРАТУРА

(п. п. 4—12, 15—20, 24 см. REFERENCES)

1. Белоусов А.Е. *Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия*. СПб.: ГИППОКРАТ; 1998.
2. Олесен Р.М., Олесен М.Б.В. *Пластическая хирургия для «чайников»*. Пер. с англ. М.: Диалектика; 2007.
3. Цепколенко В.А., Грубник В.В., Пшениснов К.П. *Пластическая эстетическая хирургия. Современные аспекты*. Киев: Здоров'я; 2000.
13. Петрова Н.Н., Спесивцев Ю.А., Грибова О.М. Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина*. 2013; (1): 94—103.
14. Коркина М.В. *Дисморфомания в подростковом и юношеском возрасте*. М.: Медицина; 1984.
21. Скрипников А.Н., Герасименко Л.А. Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи. *Медицинская психология*. 2006; (2): 62—4.
22. Крылов В.И. Психопатологические особенности и диагностическое значение феномена руминаций. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2015; (05—06): 9—12.
23. Смудевич А.Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях*. М.: МИА; 2007.

#### REFERENCES

1. Belousov A.E. *Plastic Reconstructive and Aesthetic Surgery [Plasticheskaya rekonstruktivnaya i esteticheskaya khirurgiya]*. St. Petersburg: GIPPOKRAT; 1998. (in Russian)
2. Olesen M.B.V., Olesen R.M. *Cosmetic Surgery for Dummies*. Hoboken: Wiley Publishing; 2005.
3. Cepkolenko V.A., Grubnik V.V., Pshenisnov K.P. *Plastic Aesthetic Surgery. Modern Aspects [Plasticheskaya esteticheskaya khirurgiya. Sovremennye aspekty]*. Kiev: Zdorov'ya; 2000. (in Russian)
4. Wiseman T., Foster K., Curtis K. Mental health following traumatic physical injury: An integrative literature review. *Injury*. 2013; (44): 1383—90.

5. Piccinelli M., Patterson M., Braithwaite I., Boot D., Wilkinson G. Anxiety and depression disorders 5 years after severe injuries: a prospective follow-up study. *J. Psychosom. Res.* 1999; 46(5): 455—64.
6. Kanatasa A., Ghazalib N., Lowec D., Rogers S.N. The identification of mood and anxiety concerns using the patients concerns inventory following head and neck cancer. *Int. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2012; 41(4): 429—36.
7. Stellmach R. Facial plastic surgery as preventive measures for psychic lesions. *MMW. Munch. Med. Wochenschr.* 1981; 123(26): 1073—7. (in German)
8. Su J.A., Tsai C.S., Hung T.H., Chou S.Y. Change in accuracy of recognizing psychiatric disorders by non-psychiatric physicians: Five-year data from a psychiatric consultation—liaison service. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2011; 65(7): 618—23.
9. Sarwer D.B., Brown G.K., Evans D.L. Cosmetic Breast Augmentation and Suicide. *Am. J. Psychiatry.* 2007; 164(7): 1006—13.
10. Honigman R.J., Phillips K.A., Castle D.J. A Review of Psychosocial Outcomes for Patients Seeking Cosmetic Surgery. *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 113(4): 1229—37.
11. Ishigooka J., Iwao M., Suzuki M., Fukuyama Y., Murasaki M., Miura S. Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 1998; 52(3): 283—7.
12. Shridharani S.M., Magarakis M., Manson P.N., Rodriguez E.D. Psychology of plastic and reconstructive surgery: a systematic clinical review. *Plast. Reconstr. Surg.* 2010; 126(6): 2243—51.
13. Petrova N.N., Spesivcev Yu.A., Gribova O.M. Personal-psychological and psychopathological features of patients of cosmetic surgery. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 11. Meditsina*. 2013; (1): 94—103. (in Russian)
14. Korkina M.V. *Dismorphomania in Adolescence and Early Adulthood [Dismorfomaniya v podrostkovom i yunosheskom vozraste]*. Moscow: Meditsina; 1984. (in Russian)
15. Hatch J.P., Rugh J.D., Clark G.M., Keeling S.D., Tiner B.D., Bays R.A. Health-related quality of life following orthognathic surgery. *Int. J. Adult Orthodon. Orthognath. Surg.* 1998; 13(1): 67—77.
16. Rowland J.H., Desmond K.A., Meyerowitz B.E., Belin T.R., Wyatt G.E., Ganz P.A. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J. Natl. Cancer Inst.* 2000; 92(17): 1422—9.
17. Felix G.A., de Brito M.J., Nahas F.X., Tavares H., Cordas T.A., Dini G.M., et al. Patients with mild to moderate body dysmorphic disorder may benefit from rhinoplasty. *J. Plast. Reconstr. Aesthet. Surg.* 2014; 67(5): 646—54.
18. Goin M.K., Rees T.D. A prospective study of patients' psychological reactions to rhinoplasty. *Ann. Plast. Surg.* 1991; 27(3): 210—5.
19. Phillips K.A., Dufresne R.G. Body Dysmorphic Disorder: A Guide for Primary Care Physicians. *Am. J. Clin. Dermatol.* 2000; (1): 235—43.
20. Naraghi M., Atari M. Comparison of Patterns of Psychopathology in Aesthetic Rhinoplasty Patients versus Functional Rhinoplasty Patients. *Otolaryngol. Head. Neck Surg.* 2015; 152(2): 244—9.
21. Skripnikov A.N., Gerasimenko L.A. Psychotherapeutic care for patients with defects and deformities of the head and neck. *Meditsinskaya psikhologiya*. 2006; (2): 62—4. (in Russian)
22. Krylov V.I. Psychopathological features and diagnostic value of the phenomenon of ruminant. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya*. 2015; (05—06): 9—12. (in Russian)
23. Smulevich A.B. *Depression at Somatic and Psychiatric Diseases [Depressii pri somaticheskikh i psikhicheskikh zabolovaniyakh]*. Moscow: MIA; 2007. (in Russian)
24. Dowling N.A., Jackson A.C., Honigman R.J.A. Comparison of the Psychological Outcomes of Cosmetic Surgical Procedures. *Plast. Surg. Int.* 2013; (2013): 9.