

Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи

Яременко А.И.,

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии хирургической и челюстно-лицевой хирургии; директор, клиника челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, ayaremenko@me.com

Исаева Е.Р.,

доктор психологических наук, заведующая кафедрой общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, isajeva@yandex.ru

Колегова Т.Е.,

врач (челюстно-лицевой хирург), клиника челюстно-лицевой хирургии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, tatyana kolegova@mail.ru

Ситкина Е.В.,

ассистент, кафедра общей и клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, sitkina_evgenya@mail.ru

Васильева Ю.В.,

студент, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия, vasilevayulia13@gmail.com

В статье рассматриваются удовлетворенность качеством жизни и отношение к себе у пациентов, прооперированных «традиционными» (общепринятыми хирургическими методами) и эндоскопически-ассоциированными методами. Описаны уровень удовлетворенности качеством жизни, отношение к лечению и к внешности у пациентов. Прооперировано и обследовано 65 пациентов. Контрольная группа – пациенты, прооперированные с использованием «традиционных» методов (35 человек), средний возраст пациентов составил $38 \pm 11,1$ лет. Группа сравнения – пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов (30 человек), средний возраст пациентов составил $44 \pm 17,7$ лет. Использовались психодиагностические методики: 1) «Шкала оценки качества

жизни» Н.Е. Водопьяновой; 2) Анкета оценки качества жизни SF-36; 3) Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантилеева. В результате обследования выявлены жалобы на парестезии и болевые ощущения, предъявляемые пациентами, перенесшими «традиционную» операцию. Пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов, жалоб не предъявляли. Выявлены различия в оценке качества жизни и самоотношения между обследуемыми группами пациентов. Пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, оценивали качество жизни, удовлетворенность своей внешностью и физическое состояние выше, чем пациенты, прооперированные «традиционным» методом.

Ключевые слова: отношение к своей внешности, челюстно-лицевая хирургия, эндоскопически-ассоциированный метод, качество жизни.

Для цитаты:

Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В., Васильева Ю.В. Удовлетворенность качеством жизни пациентов с минимальными рубцовыми деформациями лица и шеи [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 1. С. 75–90. doi: 10.17759/psyclin.2018070106

For citation:

Iaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V., Vasilieva J.V. Satisfaction with quality of life in patients with minimum cicatricial damage of the face and neck [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia], 2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90. doi: 10.17759/psycljn.2018070106 (In Russ., abstr. in Engl.)

Актуальность

Рубец в эстетически и функционально значимой зоне является одной из значимых медицинских, психологических, этических и правовых проблем [1; 11; 14]. По мнению Н.М. Тризной, одной из основных причин позднего обращения пациентов челюстно-лицевого профиля за хирургической помощью являются опасения по поводу формирования рубца в эстетически значимой области [11].

Проблемы психологического состояния пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области занимают одно из лидирующих мест в вопросах оказания медицинской помощи [2; 13; 14]. Рубцы, располагающиеся на открытых участках кожи, искажают привычное эстетическое восприятие пациентов со стороны окружающих их людей, что отрицательно сказывается на их психологическом состоянии: они становятся застенчивыми, иногда замкнутыми и озлобленными, у таких пациентов появляются трудности в адаптации, снижается качество жизни [3; 13]. Негативное психологическое состояние таких пациентов может быть связано

с такими факторами, как оперативное вмешательство и субъективная оценка эстетического дефекта [14].

Приобретенные после операции рубцы на открытом участке тела могут создавать ряд психологических проблем, таких как: сложности в межличностных отношениях, внутриличностные конфликты, непринятие своей внешности и т.д. [5; 12]. Многие авторы (Богуславский, 2004; Петрова, 2013; Рамси, 2009; Хаткорт, 2009) отмечают огромное значение внешности для межличностной коммуникации и ее влияние на удовлетворенность человека внешним обликом и собой в целом [9; 12]. И.Г. Шакуров отмечает, что для лиц, имеющих рубцы, характерна чрезмерная концентрация внимания на собственных телесных дефектах и на состоянии своего здоровья, что в свою очередь может ограничивать коммуникацию с окружающими людьми. Также пациенты с дефектами в эстетически значимой области обладают высоким уровнем тревожности, у них отмечается выраженное депрессивное состояние, связанное с наличием косметического дефекта, а также с кажущейся больному невозможностью полноценного излечения: наличие рубца постоянно напоминает пациенту о перенесенном заболевании и оперативном вмешательстве [13].

После хирургического вмешательства и полного заживления рубцы малозаметны, однако вследствие их расположения на открытых участках тела, пациенты могут чувствовать дискомфорт, стеснение, необходимость прикрывать рубец. После окончания периода рубцевания многих пациентов не устраивают эстетический и функциональный результаты. Специалисты в области медицинской психологии отмечают, что пациенты, желающие пройти хирургическое лечение по поводу данного физического дефекта, обладают такими чертами личности, как замкнутость, напряженность, неуравновешенность; имеют трудности в коммуникации: они стараются избегать контактов с внешним миром, в результате чего создается социальная депривация. В большинстве случаев после операций по коррекции рубца у пациентов повышается самооценка, улучшается эмоциональное состояние и социальное функционирование [8; 10; 13; 15].

Нередко проблема рубцов возникает и в связи с молодым возрастом пациентов. Исследование лиц с рубцовыми изменениями кожи показало, что у пациентов, находящихся в возрастном периоде ранней взрослости (22–35 лет), присутствуют переживания, связанные с «потерей» внешности как коммуникативного ресурса, и в большей степени переживание такого рода испытывали пациенты, не состоящие в серьезных личных отношениях [12]. Переживание своего неэстетичного внешнего вида может заставить их замкнуться в себе, искать способы лечения, не имея точных знаний, к каким специалистам обращаться [6]. Помимо этого, тревожность пациентов с рубцами на открытых частях тела может быть связана с невозможностью скрыть дефект из-за его локализации, поэтому пациенты буквально лишены возможности управлять той информацией о самих себе, которую извлекают из их внешнего вида окружающие люди [12]. Возможность полноценного восстановления пациентов зависит во многом от субъективной оценки качества жизни на различных этапах послеоперационного периода [11].

Начиная 90-х годов XX века, с внедрением эндоскопических методов в челюстно-лицевую хирургию появилась возможность сделать послеоперационной рубец менее заметным путем выполнения разреза в малозаметных областях [19].

Метод эндоскопически-ассоциированного удаления доброкачественных новообразований области лба посредством доступа из волосистой части теменной области применяется повсеместно [21; 22].

Все более актуальны исследования, проводимые в области эндоскопически-ассоциированной хирургии шеи. С целью достижения главной цели – сохранения эстетики, предлагаются различные варианты доступов: ретроаурикулярный, аксиллярный, трансоральный, «традиционный», но меньших размеров [16–18; 20].

Целью нашего исследования явилось установление различий качества жизни и удовлетворенности своей внешностью у пациентов, прооперированных традиционным и эндоскопически-ассоциированным методами.

Материалы и методы

В клинике челюстно-лицевой хирургии НИИ стоматологии и ЧЛХ ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский медицинский университет имени акад. И.П. Павлова» с 2015 по 2017 гг. прооперировано и обследовано 65 пациентов. Группы были сопоставимы по своим социально-демографическим характеристикам.

Контрольная группа (группа 1) – пациенты, прооперированные с использованием традиционных методов (общепринятых хирургических методов) (10 мужчин, средний возраст – $39 \pm 13,9$ лет; женщин – 25, средний возраст – $37,5 \pm 10,2$ лет). 40% пациентов на момент обследования состояли в законном браке, 37% пациентов были холосты, 8% пациентов состояли в постоянных отношениях, 63% пациентов имели детей.

В раннем и позднем послеоперационном периодах у пациентов группы 1 не было отмечено осложнений, непосредственно влияющих на формирование рубца (гематома, серома, нагноение раны, слюнной свищ, лигатурный свищ, несостоятельность швов и т.д.).

У 70,5% пациентов послеоперационная реабилитация, направленная на формирование рубцов, не проводилась. 15,9% пациентов в течение 6 месяцев после операции применяли средства для лечения рубцов на основе силикона. 7,6% пациентов в течение 6 месяцев после операции получали физиотерапевтическое лечение рубцов. У 3,5% – проводилась дермабразия или лазерная шлифовка рубца. У 3% пациентов через год после операции была произведена хирургическая коррекция (иссечение) рубца.

Через год после операции 78% пациентов имели нормотрофический рубец, 15% – атрофический рубец, 7% – гипертрофический рубец.

Группа сравнения (группа 2) – пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированных методов (8 мужчин, средний возраст – 48,5±14,9 лет; 22 женщины, средний возраст – 43,5±15,7 лет). На момент психологического исследования 67% пациентов состояли в законном браке, 20% пациентов состояли в постоянных отношениях, 12% не состояли в отношениях; 80% пациентов имели детей. Пациенты обеих групп относились к среднему социальному классу со средним уровнем дохода.

В табл. 1 представлено распределение пациентов по нозологическим формам заболеваний.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим формам заболеваний

Нозологическая форма заболевания	Группа 1 (кол-во человек)	Группа 2 (кол-во человек)
Липома области лба	6	7
Остеома области лба	3	3
Липома средней трети шеи	2	2
Боковая киста шеи	10	11
Срединная киста шеи	2	1
Плеоморфная аденома поднижнечелюстной слюнной железы	4	1
Калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы	6	2
Шилоподъязычный синдром	2	3
Итого	35	30

Удаление липом, фибром и остеом области лба выполнялось с использованием доступа из волосистой части теменной области. Для выполнения эндоскопически-ассоциированных операций в области шеи разработан и внедрен в клиническую практику оригинальный доступ.

Метод позволяет избежать формирования рубца в видимых областях шеи, поскольку разрез выполняется в волосистой части затылочной области. Применение метода возможно при следующих нозологических формах заболеваний: боковая киста шеи, калькулезный сиалоаденит поднижнечелюстной слюнной железы, доброкачественные новообразования поднижнечелюстной слюнной железы и нижнего полюса околоушной слюнной железы, шилоподъязычный синдром, кривошея. На рис. 1.1 и 1.2 представлены фотографии пациентов,

прооперированных «традиционным» и эндоскопически-ассоциированным методами.



Рис. 1.1.



Рис. 1.2.

Рис. 1.1. Фотография пациентки, прооперированной по поводу боковой кисты шеи с использованием традиционного метода

Рис. 1.2. Фотография пациентки, прооперированной по поводу боковой кисты шеи с использованием эндоскопически-ассоциированного метода

Пациентов, прооперированных с использованием традиционного метода, в послеоперационном периоде тревожили парестезии и болезненность в зоне рубца (62%), нарушения мимики (9,6%), деформации мягких тканей в зоне операции (65,4%), неудовлетворенность видом рубца (37%).

Пациенты, прооперированные с использованием эндоскопически-ассоциированного метода, при до- и послеоперационном наблюдении отмечали положительное отношение к результатам лечения. Это послужило поводом для проведения клинико-психологического исследования.

Пациенты проходили психодиагностическое исследование через 12 месяцев после проведения операции.

Использовались психодиагностические **методики**:

1. «Шкала оценки качества жизни» Н.Е. Водопьяновой, предназначенная для оценки качества жизни использована методика [4];

2. Анкета оценки качества жизни SF-36, оценивающая степень удовлетворенности сторонами жизнедеятельности пациента [4];

3. Методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантилеева, выявляющая структуру самоотношения пациентов и выраженность отдельных компонентов самоотношения использована [7].

Все методики адаптированы и стандартизированы.

Статистическая обработка

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета прикладных программ для статистических расчетов «SAS Enterprise Guide».

При описании полученных данных использованы методы описательной статистики. Качественные переменные представлены абсолютными (N) и относительными частотами (%). Оценка достоверности различий проводилась с помощью t-критерия Стьюдента. Поиск взаимосвязей осуществлялся с использованием анализа корреляций. Был использован непараметрический метод – коэффициент ранговой корреляции Спирмена с уровнем значимости 5% ($\alpha=0,05$).

Результаты исследования

В результате клинико-психологического исследования выявлены жалобы, предъявляемые пациентами, перенесшими «традиционные» операции; данные представлены на рис. 2. Пациенты, перенесшие вмешательство эндоскопически-ассоциированным методом, жалоб не предъявляли.

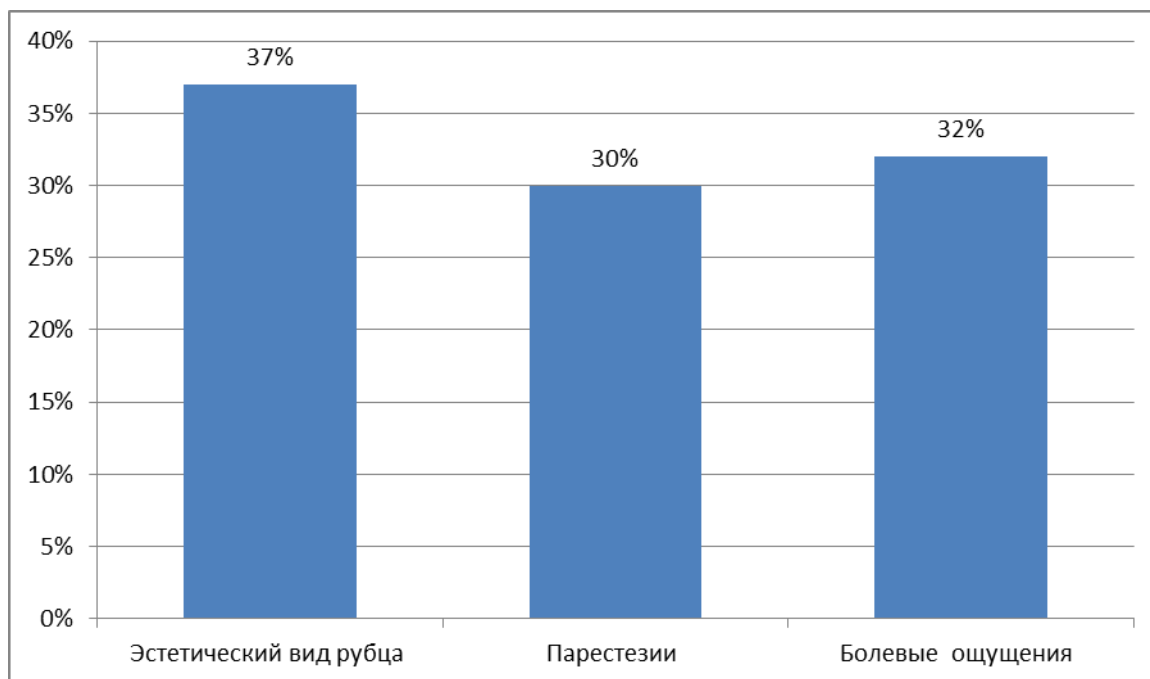


Рис. 2. Жалобы, предъявляемые пациентами, прооперированными традиционными методами

32% пациентов, прооперированных традиционными методами, указывали на наличие болевых ощущений в прооперированной области, 30% респондентов отмечали парестезии в области рубца. Желание убрать или скрыть рубец одеждой или прикрыть волосами выразили 37% пациентов. Наличие болевых, неприятных ощущений в эстетически значимой зоне может снижать эмоциональное состояние пациентов, способствовать развитию таких черт личности как замкнутость, закрытость, стеснительность, что может послужить преградой для нормального социального функционирования личности.

Был проведен сравнительный анализ средних значений данных, полученных в ходе психодиагностики, в группах пациентов, прооперированных традиционными методами (группа 1) и эндоскопически-ассоциированным методом (группа 2). Данные статистически значимых различий представлены в табл. 2.

Таблица 2

**Средние значения психологических характеристик пациентов,
прооперированных традиционными
и эндоскопически-ассоциированными методами**

Параметр	Группа 1	Группа 2	Достоверность различий
Анкета оценки качества жизни SF-36			
Жизненная активность	63,14±1,1	71,61±1,3	p<0,05
Методика исследования самоотношения (МИС)			
Самопринятие	5,76±0,5	7±0,7	p<0,05

У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, более высокий показатель по шкале «Жизненная активность» по сравнению с пациентами, прооперированными традиционными методами. Эта шкала входит в группу психологических компонентов здоровья и означает, что у пациентов, перенесших эндоскопически-ассоциированные операции, был выше уровень активности, они чаще и больше общались с другими людьми, вели активный образ жизни по сравнению с пациентами из группы 1.

У пациентов из группы 2 был выявлен более высокий показатель по шкале «Самопринятие» по сравнению с пациентами из группы 1. Это свидетельствует о том, что пациенты из группы 2 обладали более высоким уровнем принятия себя и своей внешности, чем пациенты из группы 1.

Был проведен корреляционный анализ клинических и психологических характеристик пациентов в обеих группах, и были получены статистически

значимые корреляционные взаимосвязи. Была обнаружена отрицательная корреляционная связь между сроком давности операции и шкалой «Зеркальное Я» МИС ($r=-0,5$; $p<0,05$) у пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом. Это означает, что чем больше прошло времени с момента операции, тем более высокие ожидания в отношении оценки своей внешности со стороны других людей они имели.

У пациентов, прооперированных традиционными методами, критерий «Срок давности операции» имел отрицательные корреляционные связи со шкалами методики «Шкала оценки качества жизни», «Общение с близкими» ($r=-0,45$; $p<0,05$) и «Общий индекс качества жизни» ($r=-0,34$; $p<0,05$). Чем больше был срок давности операции у таких пациентов, тем ниже они оценивали свое качество жизни и качество общения с близкими людьми. Иначе говоря, пациенты, прооперированные традиционным методом, постепенно ограничивали общение с людьми, что может быть связано с дискомфортом и стеснением по поводу наличия рубца в эстетически и функционально значимой зоне.

В группе пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированными методами, обнаружена отрицательная корреляционная связь между параметрами «Интенсивность боли» (по методике SF-36) и «Самопринятие» (МИС) ($r=-0,88$; $p<0,05$). Это означает, что чем меньше пациенты испытывали болевые ощущения, тем выше был уровень положительного отношения к себе, своей внешности.

Следует отметить, что пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, в анкете утверждали, что не имеют болевых ощущений в послеоперационной области.

Обнаружена отрицательная корреляционная связь между шкалой «Оценка личных достижений и устремлений» (по методике «Шкала оценки качества жизни») и шкалами МИС: «Внутренняя конфликтность» ($r=-0,45$; $p<0,05$) и «Самообвинение» ($r=-0,39$; $p<0,05$) у пациентов, прооперированных традиционными методами. Т.е. у пациентов, которые низко оценивали свои личные достижения, были выше уровни внутренней конфликтности и невротичности. У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, таких связей не обнаружено.

«Общий индекс качества жизни» (Шкала оценки качества жизни) у пациентов из группы 2 положительно связан с оценкой «Физического функционирования» (SF-36) ($r=0,51$; $p<0,05$). Это означает, что пациенты, высоко оценивавшие свое физическое функционирование, выражающееся в физической активности, отсутствии болевых и неприятных ощущений, высоко оценивали качество своей жизни. Также оценка «Физического функционирования» была положительно связана со шкалой «Удовлетворенность работой» (Шкала оценки качества жизни) ($r=0,86$; $p<0,05$), что означает, что пациенты, не имеющие рубца в области лица, больше были удовлетворены своей работой.

Обсуждение результатов

Исследование показало, что пациенты, перенесшие традиционные операции, чаще предъявляли жалобы на боль и парестезии в прооперированной области. Переживания пациентов о наличии послеоперационных побочных эффектов такого рода снижают качество их жизни, их адаптационный потенциал и уровень коммуникативной активности. Пациенты, перенесшие операции с использованием эндоскопически-ассоциированного метода, жалоб на болевые и неприятные ощущения не предъявляли.

У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, были статистически значимо выше показатели по шкалам «Жизненная активность» и «Самопринятие», они чаще общались с окружающими людьми, вели более активный образ жизни и обладали более высоким уровнем принятия своей внешности, чем пациенты, прооперированные традиционными методами.

Пациенты, прооперированные эндоскопически-ассоциированным методом, выше оценивали свое физическое состояние и удовлетворенность внешностью.

Выводы

1. У пациентов, прооперированных эндоскопически-ассоциированным методом, выше качество жизни в послеоперационном периоде и удовлетворенность своей внешностью, чем у пациентов, перенесших «традиционную» операцию.

2. В сравнении с пациентами, перенесшими операцию эндоскопически-ассоциированным методом, пациенты, прооперированные традиционными методами, труднее восстанавливались в социальной сфере: они показывали меньшую коммуникативную активность, социальную отстраненность и общее снижение качества жизни из-за болевых и неприятных ощущений в прооперированной области.

3. Оценка качества жизни у пациентов во многом зависела от физического самочувствия и длительности реабилитационного периода, что необходимо учитывать при проведении данного вида оперативных вмешательств и формировании ожиданий пациентов относительно результатов лечения.

Заключение

Применяемый на базе клиники челюстно-лицевой хирургии ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова метод эндоскопически-ассоциированного удаления доброкачественных новообразований опирается на принципы минимальной инвазивности, сохранения функции и эстетики прооперированной области.

Проведенное исследование показывает, что респонденты из группы прооперированных эндоскопически-ассоциированными методами выше оценивают свое качество жизни, имеют более высокий уровень удовлетворенности своим

эмоциональным состоянием и внутренними ресурсами, чем пациенты, перенесшие «традиционные» операции.

Литература

1. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия черепно-лицевой области. М.: Медицинская литература, 1999. 456 с.
2. Дроздов А.А., Дроздова М.В., ЛОР-заболевания. Конспект лекций». М.: Литрес, 2007. 170 с.
3. Литтманн И. Оперативная хирургия. Будапешт: издательство Академии наук Венгрии, 1985. 1175 с.
4. Никифоров Г.С. Практикум по психологии здоровья. СПб.: Питер, 2005. 350 с.
5. Новик А.А., Богданов А.Н. Анемии (от А до Я). Руководство для врачей / под ред. Ю.Л. Шевченко. СПб.: Нева, 2004. 320 с.
6. Озерская О.С. Рубцы кожи и их дерматокосметологическая коррекция. СПб: Искусство России, 2007. 224 с.
7. Пантилеев С.Р. Методика исследования самоотношения. М.: Смысл, 1993. 32 с.
8. Петрова Н.Н., Спасивцев Ю.А., Грибова О.М. Личностно-психологические и психопатологические особенности пациентов эстетической хирургии // Вестник СПбГУ. 2013. Т. 11. № 1. С. 94–103.
9. Рамси Н., Харкорт Д. Психология внешности / Под ред. А.П. Федорова. СПб.: Питер, 2009. 256 с.
10. Скрипников А.Н., Герасименко Л.А. Психотерапевтическая помощь пациентам с дефектами и деформациями головы и шеи // Медицинская психология. 2006. № 2. С. 62–64.
11. Тризна Н.М., Иванов С.А., Угольник Д.В. Пилотное исследование качества жизни пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области // Медицинские новости. 2007. № 8. С. 69–71.
12. Фаустова А.Г., Яковлева Н.В. Особенности индивидуальной концепции внешности у пациентов с ожогами различной локализации. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 17.09.2017).
13. Шакуров И.Г., Глубокова И.Б., Табашникова А.И. Психоэмоциональный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи // Вестник дерматологии и венерологии. 2009. № 3. С.50–60.

14. *Devlin-Rooney K., James W.* Management and prevention of abnormal scars // *Nursing Standard*. 2005. Vol. 28. №19. P. 45–56. doi: 10.7748/ns2005.03.19.28.45.c3828.
15. *Honigman R., Castle D.J.* Aging and cosmetic enhancement // *Clinical Interventions in Aging*. 2006. Vol. 1. № 2. P. 115–119. doi: 10.2147/ciia.2006.1.2.115.
16. *Kauffman R.M., Netterville J.L., Burkey B.B.* Transoral excision of the submandibular gland: techniques and results of nine cases // *Laryngoscope*. 2009. Vol. 119. № 3. P. 502–507. doi: 10.1002/lary.20029.
17. *LeBert B., Weiss S., Johnson J., Walvekar R.* Retroauricular hairline approach for excision of second branchial cleft cysts: a preliminary experience // *Laryngoscope*. 2010. Vol. 120. № 4. P. 160. doi: 10.1002/lary.21624.
18. *Ming J., Fan Z., Gong Y., Yuan Q., Zhong L., Fan L.* Endoscopic Excision of Branchial Cleft Cyst in the Neck Using Mammary Areolae and Axilla Approach: A Case Report // *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques*. 2012. Vol. 22. № 5. P. 284–287. doi: 10.1097/SLE.0b013e31825cb8e7.
19. *Papay F.A., Stein J.M., Dietz J.R., Luciano M., Morales L.Jr., Zins J.* Endoscopic approach for benign tumor ablation of the forehead and brow // *Journal of Craniofacial Surgery*. 1997. Vol. 8. № 3. P. 176–80. doi: 10.1097/00001665-199705000-00007.
20. *Ruscito P., Pichi B., Marchesi P., Spriano G.* Minimally Invasive Video-Assisted Submandibular Sialoadenectomy: A Preliminary Report. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2007. Vol. 18. № 5. P. 1142–1147. doi: 10.1097/scs.0b013e3180f60c0f.
21. *Sadick H., Huber M., Perkins S.W., Waters H.H., Hamilton G.S., O'Reilly A.G., Gassner H.G.* Endoscopic forehead approach for minimally invasive benign tumor excisions // *JAMA Facial Plastic Surgery*. 2014. Vol. 16. № 5. P. 352–358. doi: 10.1001/jamafacial.2014.269.
22. *Terence G., Bien-Keem T., Foo Chee L.* Endoscopic resection of forehead lipoma: A subperiosteal single-portal approach // *Indian Journal of Plastic Surgery*. 2008. Vol. 41. № 2. P. 141–144. doi:10.4103/0970-0358.39665.

Satisfaction with Quality of Life in Patients with Minimum Cicatricial Damage of the Face and Neck

Iaremenko A.I.,

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Dentistry of Surgical and Maxillofacial Surgery, Director of the Clinic for Maxillofacial Surgery The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, ayaremenko@me.com

Isaeva E.R.,

Doctor of Psychological Sciences, Head of the Department of General and Clinical Psychology, The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, isajeva@yandex.ru

Kolegova T.E.,

MD (maxillofacial surgeon), Clinic for maxillofacial surgery The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, tatyanakolegova@mail.ru

Sitkina E.V.,

Assistant, Department of General and Clinical Psychology The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, sitkina_evgenya@mail.ru

Vasilieva J.V.,

Student, Department of Clinical Psychology The First Pavlov State Medical University, Saint-Petersburg, Russia, vasilevayulia13@gmail.com

Satisfaction with quality of life and self-attitude in patients operated by «traditional» (conventional surgical methods) and endoscopically assisted methods are considered in the article. Differences in the quality of life in patients, self-attitude to ones appearance are described. 65 patients were surgically operated and examined. Control group – patients operated by «traditional» techniques (35 patients), the average age of patients was $38 \pm 11,1$ years. The comparison group – patients operated using endoscopically assisted methods (30 patients), the average age of patients was $44 \pm 17,7$ years. Psychodiagnostic methods: 1. N. E. Vodopyanova's scale of life quality; 2. The Short Form-36; 3. S.R. Panteleev's Assessment of self-relationship. Complaints of paresthesia and pain experienced by patients who underwent a “traditional” operation were revealed as a result of the examination. Operated on with an endoscopically assisted method patients did not present any complaints. Differences between the assessment of the life quality and self-relationship in examined groups were found. Operated on with an endoscopically assisted

method patients evaluated life quality, satisfaction with their appearance and physical condition higher than patients operated on with a “traditional” method.

Keywords: self-attitude to the appearance, maxillofacial surgery, endoscopically assisted method, the quality of life.

References

1. Bernadskii Yu.I. *Travmatologiya i vosstanovitel'naya khirurgiya cherepno-litsevoi oblasti* [Traumatology and reconstructive surgery of craniofacial area], 3rd ed. Moscow: Meditsinskaya literature, 1999. 456 p. [In Russ.]
2. Drozdov A.A, Drozdova M.V. *LOR-zabolevaniya. Konspekt lektsii* [Otorhinolaryngological diseases. Lecture notes]. Moscow: Litres, 2007. 170 p. [In Russ.]
3. Littmann I. *Operativnaya khirurgiya* [Operative surgery]. Budapesht: Publ. of Hungarian Academy of Sciences, 1985. 1175 p. [In Russ.]
4. Nikiforov G.S. *Praktikum po psikhologii zdorov'ya* [Workshop on Psychology of Health]. Saint-Petersburg: Piter, 2005. 350 p. [In Russ.]
5. Novik A.A., Bogdanov A.N. *Anemii (ot A do Ya)*. [Anemia from A to Z]. In Yu.L. Shevchenko (ed.) *Rukovodstvo dlya vrachei [A guide for doctors]*. Saint-Petersburg: Neva, 2004. 320 p. [In Russ.]
6. Ozerskaya O.S. *Rubtsy kozhi i ikh dermatokosmetologicheskaya korrektsiya*. [Scars of the skin and their dermatocosmetological correction]. Saint-Petersburg: Iskusstvo Rossii, 2007. 224 p. [In Russ.]
7. Pantileev S.R. *Metodika issledovaniya samootnosheniya*. [The methodology of investigating the self-relationship]. Moscow: Smysl, 1993. 32 p. [In Russ.]
8. Petrova N.N., Spesivtsev Yu.A., Gribova O.M. *Lichnostno-psikhologicheskie i psikhopatologicheskie osobennosti patsientov esteticheskoi khirurgii*. [Personality-psychological and psychopathological features of patients of aesthetic surgery]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta* [Bulletin of Saint-Petersburg University], 2013, vol. 11, no. 1, pp. 94–103 [In Russ., Abstr. In English].
9. Ramsi N., Kharkort D. *Psikhologiya vneshnosti*. [Psychology of appearance]. A.P. Fedorov (ed.). Saint-Petersburg: Piter, 2009. 256 p. (In Russ.).
10. Gerasimenko L.A. *Psikhoterapevticheskaya pomoshch' patsientam s defektami i deformatsiyami golovy i shei*. [Psychotherapeutic assistance to patients with defects and

deformities of the head and neck]. *Medichna psikhologiya [Clinical Psychology]*, 2006, no. 2, pp. 62–64.

11. Trizna N.M., Ivanov S.A., Ugol'nik D.V. Pilotnoe issledovanie kachestva zhizni patsientov s defektami i deformatsiyami chelyustno-litsevoi oblasti. [Pilot study of the quality of life of patients with defects and deformations of the maxillofacial region]. *Meditsinskie novosti [Medical News]*, 2007, no. 8, pp. 69–71.

12. Faustova A.G., Yakovleva N.V. Osobennosti individual'noi kontseptsii vneshnosti u patsientov s ozhogami razlichnoi lokalizatsii [Features of the individual concept of appearance in patients with burns of different localization] [Elektronnyi resurs]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii [Medical psychology in Russia]*, 2012, no. 2. URL: <http://medpsy.ru> (Accessed: 17.09.2017).

13. Shakurov I.G., Glubokova I.B., Tabashnikova A.I. Psikhoemotsional'nyi status i lichnostno-kharakterologicheskie osobennosti patsientov s rubtsovymi izmeneniyami kozhi [Psycho-emotional status and personality-characterological features of patients with scar changes of the skin]. *Vestnik dermatologii i venerologii [Herald of Dermatology and Venereology]*, 2009, no. 3, pp. 50–60.

14. Devlin-Rooney K., James W. Management and prevention of abnormal scars. *Nursing Standard*, 2005, vol. 28, no. 19, pp. 45–56. doi: 10.7748/ns2005.03.19.28.45.c3828.

15. Honigman R., Castle D.J. Aging and cosmetic enhancement. *Clinical Interventions in Aging*, 2006, vol. 1, no. 2, pp. 115–119. doi: 10.2147/cia.2006.1.2.115.

16. Kauffman R.M., Nettekville J.L., Burkey B.B. Transoral excision of the submandibular gland: techniques and results of nine cases. *Laryngoscope*, 2009, vol. 119, no. 3, pp. 502–507. doi: 10.1002/lary.20029.

17. LeBert B., Weiss S., Johnson J., Walvekar R. Retroauricular hairline approach for excision of second branchial cleft cysts: a preliminary experience. *Laryngoscope*, 2010, vol. 120, no. 4, p. 160. doi: 10.1002/lary.21624.

18. Ming J., Fan Z., Gong Y., Yuan Q., Zhong L., Fan L. Endoscopic Excision of Branchial Cleft Cyst in the Neck Using Mammary Areolae and Axilla Approach: A Case Report. *Surgical Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 2012, vol. 22, no. 5, pp. 284–287. doi: 10.1097/SLE.0b013e31825cb8e7.

19. Papay F.A., Stein J.M., Dietz J.R., Luciano M., Morales L. Jr., Zins J. Endoscopic approach for benign tumor ablation of the forehead and brow. *Journal of Craniofacial Surgery*, 1997, vol. 8, no. 3, pp. 176–180. doi: 10.1097/00001665-199705000-00007.

20. Ruscito P., Pichi B., Marchesi P., Spriano G. Minimally Invasive Video-Assisted Submandibular Sialoadenectomy: A Preliminary Report. *Journal of Craniofacial Surgery*, 2007, vol. 18, no. 5, pp. 1142–1147. doi: 10.1097/scs.0b013e3180f60c0f.

Яременко А.И., Исаева Е.Р., Колегова Т.Е., Ситкина Е.В.,
Васильева Ю.В. Удовлетворенность качеством жизни
пациентов с минимальными рубцовыми
деформациями лица и шеи
Клиническая и специальная психология
2018. Том 7. № 1. С. 75–90.

Iaremenko A.I., Isaeva E.R., Kolegova T.E., Sitkina E.V.,
Vasilieva J.V. Satisfaction with quality of life
in patients with minimum cicatricial damage
of the face and neck
Clinical Psychology and Special Education
2018, vol. 7, no. 1, pp. 75–90.

21. Sadick H., Huber M., Perkins S.W., Waters H.H., Hamilton G.S., O'Reilly A.G., Gassner H.G. Endoscopic forehead approach for minimally invasive benign tumor excisions. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 2014, vol. 16, no. 5, pp. 352–358. doi: 10.1001/jamafacial.2014.269.

22. Terence G., Bien-Keem T., Foo Chee L. Endoscopic resection of forehead lipoma: A subperiosteal single-portal approach. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 2008, vol. 41, no. 2, pp. 141–144. doi: 10.4103/0970-0358.39665.