

DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(3)-24

УДК: 616.89:619-006:616.31

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ПАЦІЄНТІВ З РАКОМ ПОРОЖНИНИ РОТА ТА РОТОГЛОТКИ

Кушта А. О.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 54, м. Вінниця, Україна, 21018)

Відповідальний за листування:
e-mail: dr_anna9@ukr.net

Статтю отримано 25 травня 2022 р.; прийнято до друку 30 червня 2022 р.

Анотація. Робота присвячена вивченню психоемоційного стану пацієнтів із пухлинами порожнини рота. Метою дослідження було з'ясувати прояви фізичних проблем, таких як біль і важкість ковтання у якості факторів впливу на психоемоційний стрес і як наслідок, зниження якості життя у пацієнтів з онкологією порожнини рота та ротоглотки в до- та післяопераційному періоді. Проведено аналіз психоемоційного стану (за госпітальною шкалою тривоги та депресії (Hospital Anxiety Depression Scale - HADS)), больового синдрому (за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ, Visual Analogue Scale, VAS)) та наявності дисфагії (за розробленою і апробованою нами класифікацією) 34 пацієнтів з онкопатологією порожнини рота до лікування та після. У післяопераційному періоді хворі розділені на дві групи залежно від виду знеболення. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою програмного забезпечення Excel з пакетів Microsoft Office 2003, STATISTICA 5.5 (належить ЦНІТ ВМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) за критерієм Ст'юдента при $p < 0,05$. Отримані результати дослідження свідчать, що тривале післяопераційне знеболення має позитивний вплив на зниження больового синдрому, відновлення ковтання та корекцію психоемоційного стану. Таким чином, виявлення злоякісної пухлини в порожнині рота та ротоглотці вже само по собі призводить до важкого психологічного стресу. Більш того, психологічне здоров'я різко погіршується, якщо розвиток пухлини супроводжується болем, порушенням ковтання, сну. Тому, якісне знеболення призводить до усунення больового синдрому та покращення ковтання, що в свою чергу позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнта в післяопераційному періоді.

Ключові слова: рак порожнини рота, психоемоційний стан, біль, дисфагія, тривога, депресія.

Вступ

Рак - це хвороба, яка вражає не лише певний орган, але й людину в цілому [6, 13]. Діагностика та подальше лікування раку, зокрема порожнини рота, створює великі проблеми для пацієнтів [9]. Тому, вкрай важливо разом з лікуванням онкології звертати увагу на психологічну підтримку. Відомо, що включення цих аспектів підтримує процес відновлення в цілому [11, 12]. Крім того, згідно з рекомендаціями Німецького онкологічного товариства, необхідна консультація кожного пацієнта щодо психологічного стресу [4]. Це означає, що окрім клінічних факторів, необхідно також визначити психологічні проблеми пацієнтів, щоб забезпечити цілісне лікування.

Щодо психічних змін в онкологічних хворих, їх умовно розділяють на три групи: а) чисто психогенні, б) змішані психогенно-соматогенні, в) переважно соматогенні [7].

Автори, які досліджували групу онкологічних хворих за допомогою психологічних тестів (Айзека, Тейлор), визначили, що у більшості з них спостерігалися складні депресивні, тривожно-депресивні та фобічні прояви. Надмірно виражені негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати у таких хворих суїцидальні думки [10].

Деякі дослідження були зосереджені саме на відчуттях пацієнта. Вони висвітлювали фізичні та загальні проблеми, які лягли в основу досліджень якості життя [13]. Ще одні дослідження були зосереджені на таких факторах, як загальний біль або складнощі з ковтанням і по-

рушення сну [14]. Інший підхід у виявленні психологічного стану полягав у зосередженні уваги на сильних симптомах депресії або клінічній тривожності. Загалом, окрім онкологічного захворювання діагностували порушення психоемоційного стану. Проте, хоча психологічна підтримка була б корисною для одужання, пацієнти часто від неї відмовляються [11].

Нещодавні дослідження також показали, що для позитивної психологічної підтримки необхідно враховувати людські та соціальні ресурси [8]. Отже, різні дослідники звертали увагу окремо на психоемоційний стан пацієнта та окремо на фізичні відчуття.

Загалом, внутрішньопсихічний стан відходить на другий план, поступившись місцем таким завданням як покращення якості життя та реабілітації пацієнта.

Метою нашого дослідження було з'ясувати прояви фізичних проблем, таких як біль і важкість ковтання, як фактори впливу на психоемоційний стрес і як наслідок, зниження якості життя у пацієнтів з онкологією порожнини рота та ротоглотки в до- та післяопераційному періоді.

Матеріали та методи

У дослідження було включено 34 хворих (8 жінок та 26 чоловіків), віком 38-65 років, які перебували на лікуванні у відділенні пухлин голови та шиї "Подільського регіонального центру онкології" із злоякісними пухлинами язика, дна порожнини рота та ротоглотки I-III стадії. Усі

хворі мали проблеми з жуванням та ковтанням, що було притаманно пацієнтам з пухлинними процесами наступної локалізації (рак язика - 18, слизової оболонки дна порожнини рота - 12 та передньої піднебінної дужки - 4). Хворих з IV стадією у дослідження не було взято в зв'язку з тим, що вони потребували лише паліативного лікування. При проведенні обстеження пацієнтів ми керувались міжнародними та вітчизняними нормативно-правовими документами з біометричної етики: Женевською декларацією, Гельсінською декларацією Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень, де людина є їхнім об'єктом (World Medical Association Declaration of Helsinki 1994, 2000, 2008), Міжнародним Кодексом медичної етики, Міжнародним керівництвом з етики біомедичних досліджень за участі людини, CIOMS (Женева, 1993 р.), Декларацією з відстоювання прав пацієнтів у Європі, ВООЗ (1994 р.), Керівництвом з належної клінічної практики, яке підготовлене Міжнародною конференцією з гармонізації, ICH GCP (1996 р.), Конвенцією про захист прав і гідності людини у зв'язку із застосуванням досягнень біології та медицини (Рада Європи 1997 р.) з наступними "Додатковими протоколами", Наказом МОЗ України № 110 від 14.02.2012 р. "Інформована добровільна згода пацієнта на обробку персональних даних" за позитивним висновком комісії з питань біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України.

Визначали важкість больового синдрому за допомогою візуально-аналогової шкали (ВАШ, Visual Analogue Scale, VAS, яка запропонована Huskisson в 1974 році) та ступінь дисфагії. ВАШ має 7 видів інтенсивності болю і 10 балів: 0 - немає болю; 1 - ледь відчутний біль; 2-3 - слабкий; 4-5 - помірний; 6-7 - сильний; 8-9 - дуже сильний; 10 - нестерпний біль. Дисфагію визначали за розробленою і апробованою нами класифікацією, де розрізняють 3 ступеня її вираженості: 1 ступінь - утруднення жувальної переробки їжі, добре формування харчової грудки (змішувана частка 0,75-1,0) та ковтання з мінімальними зусиллями (різниця показників ультразвукового дослідження ковтання в спокої та під час ковтання - 2-4 мм); 2 ступінь - утруднення жувальної переробки їжі, помірне формування харчової грудки (змішувана частка 0,5-0,75) та ковтання з великим зусиллям (різниця показників ультразвукового дослідження ковтання в спокої та під час ковтання - 1-2 мм); 3 ступінь - неможливість жувальної переробки їжі, погане формування харчової грудки (змішувана частка <0,5) та ковтання майже неможливе (амплітуда скорочення м'язів від вихідних показників при ультразвуковому дослідженні - ≤ 1 мм). Ковтання навіть гелеподібної їжі утруднене, що є показанням до продовження зондового харчування.

Також визначали психологічний стан по госпітальній шкалі тривоги та депресії (Hospital Anxiety Depression Scale - HADS). Шкала HADS (1983) відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Опиту-

вальник містить 14 пунктів, кожному з яких відповідають 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної симптоматики. Бланк шкали видавався для самостійного письмового заповнення пацієнтові із попередньою письмовою інструкцією.

На до- та післяопераційному етапі у всіх хворих визначали показники ШГР (шкірно-гальванічна реакція) з попередньо виведеними показниками (патент на корисну модель України № 74332 від 25.10.2012).

Основним видом операції були резекція органів порожнини рота та ротоглотки в межах однієї чи кількох анатомічних ділянок.

Після оперативного лікування пацієнти були розділені на дві групи в залежності від способу післяопераційного знеболення. Контрольну групу склали 16 пацієнтів, які отримували знеболення з неопіоїдних анальгетиків, що вводили внутрішньом'язево та внутрішньовенно. У дослідну групу увійшли 18 пацієнтів, яким виконували три-валеве післяопераційне знеболення місцевим анестетиком, що включало в себе встановлення катетерів поблизу нижньощелепного, язикоглоткового нервів і поверхневого шийного сплетення (патент на корисну модель України № 143135 від 10.07.2020).

Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою математичного статистичного методу на ПК за допомогою програмного забезпечення Excel з пакетів Microsoft Office 2003, STATISTICA 5.5 (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М.І. Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA) за критерієм Ст'юдента. Відмінності між групами вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати отримані в рамках НДР кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова "Розробка методів хірургічного лікування хворих на патологію щелепно-лицевої області з урахуванням корекції супутніх захворювань" (номер державної реєстрації 0118U005403, термін виконання 2018-2022 рр., керівник - завідувач кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ВНМУ ім. М.І.Пирогова, доктор медичних наук, професор Шува-лов С.М.).

Результати. Обговорення

Дослідження психологічного стану пацієнта виявило його пригнічення (табл. 1).

Аналіз отриманих даних свідчить, що у всіх пацієнтів I-III стадії субклінічно та клінічно виражені тривога та

Таблиця 1. Результати діагностики психологічного стану хворих на рак порожнини рота та ротоглотки до початку лікування за методикою HADS (n=34, M $\pm$ m).

Кількість хворих	Стадія	Депресія	Тривога
4	I	11,63 $\pm$ 0,86	9,41 $\pm$ 0,24
16	II	13,18 $\pm$ 0,75	10,61 $\pm$ 0,42
14	III	15,04 $\pm$ 0,81	11,80 $\pm$ 0,68

Таблиця 2. Порівняльна характеристика показників ШГР пацієнтів з пухлинами порожнини рота та в нормі (n=90, M±m).

	Високий рівень тривожності (n=10)	Середній рівень тривожності (n=18)	Низький рівень тривожності (n=6)
Показники пацієнтів з пухлинами порожнини рота (n=34)	2,31±0,41* у.о.	1,16±0,52* у.о.	0,72±0,27 у.о.
Показники норми (n=56)	1,38±0,77 у.о.	0,98±0,44 у.о.	0,67±0,33 у.о.

Примітка. *- статистично достовірна різниця в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

депресія. Незалежно від стадії, після встановлення діагнозу пацієнт не готовий сприймати свій діагноз. Це також пов'язано зі складністю лікування, тривогою про можливі рецидиви та потенційною загрозою летального результату.

При дослідженні шкірно-гальванічної реакції було виявлено, що у порівнянні із показниками норми ШГР, результати пацієнтів з пухлинами порожнини рота виявились вищими (табл. 2).

Аналізуючи дані ШГР, пацієнти були розподілені на 3 групи залежно від рівня тривожності. Із наведеної таблиці 2 видно, що ШГР пацієнтів з високим рівнем тривожності становить 2,31±0,41 у.о., середнім - 1,16±0,52 у.о., що перевищує показники норми для високого і середнього рівнів тривожності. Результати ШГР пацієнтів із низьким рівнем тривожності незначно відрізнялись від показників норми. Це свідчить про те, що більшість пацієнтів переймається за перебіг лікування, що також підтверджено результатами дослідження за методикою HADS.

Нами також був оцінений больовий синдром за ВАШ та ступінь дисфагії. Так, больовий синдром за ВАШ був виражений у наступних показниках (табл. 3).

Таким чином, больовий синдром більш виражений у

хворих з III стадією, який проявлявся, як слабкий та помірний (3,63±0,98). Для пацієнтів II стадії був характерний слабкий біль (2,82±1,11), а для хворих I стадії ледь помітний під час ковтання (1,63±0,61). Аналогічну картину спостерігали щодо дисфагії. Так, у хворих з III стадією захворювання було утруднення при прийомі твердої та гелеподібної їжі, а у деяких і рідкої в залежності від локалізації пухлини (2 ступінь дисфагії). У пацієнтів з II стадією були проблеми в основному із вживанням твердої їжі (1-2 ступінь). Хворі I стадії здебільшого мали 1 ступінь дисфагії.

Після проведеного оперативного лікування в залежності від методу знеболення в післяопераційному періоді пацієнти були розділені на дві групи. Контрольна група (К) 18 пацієнтів, які отримували неопіїдні анальгетики та основна (О) 16 пацієнтів, яким проводили катетеризацію і виконували тривале післяопераційне знеболення місцевим анестетиком.

За аналогічними показниками був оцінений психоемоційний стан та інтенсивність болю пацієнтів у післяопераційному періоді на 1, 3 та 10 добу. Знеболення у пацієнтів проводили за вимогою.

У перший післяопераційний день інтенсивність болю у групах майже не відрізнялась і в середньому становила 8,05±0,94 бали в контрольній групі і 8,19±0,75 бали в основній. При цьому 90% хворих основної і контрольної груп оцінювали інтенсивність свого болю, як дуже сильний і 10%, як майже сильний. На 3 добу гарний клінічний результат застосування тривалого післяопераційного знеболення (ТПЗ) в основній групі відмічається у 14 (87,5%) хворих. У 2 (12,5%) хворих вираженість больового синдрому за ВАШ оцінювалась в 4 бали, що було пов'язано з розповсюдженістю пухлини. Ефективність знеболення неопіїдними препаратами на 3 добу (К група) становила 53%, де 12 хворих оцінювали інтенсивність болю у 6-7 балів і 6 - у 4-5 бали (p<0,05).

На 10 добу при застосуванні ТПЗ виявляється позитивна динаміка до зниження больового синдрому (2,0±0,63), на відміну від застосування препаратів загальної дії (p<0,05).

При аналізі даних щодо дисфагії спостерігається позитивна динаміка відновлення ковтання в обох групах. Проте, у 80% пацієнтів основної групи II-III стадії акт ковтання на 10 добу майже відновлюється, лише у 2 хворих спостерігається 2 ступінь дисфагії. У 70% пацієнтів контрольної групи і на 10 добу спостерігається 2 ступінь дисфагії, у 10% - 3 ступінь і лише 4 хворих змогли вільно ковтати.

Таблиця 3. Ступінь больового синдрому за ВАШ (бали) та дисфагія у хворих на рак порожнини рота та ротоглотки під час ковтання (n=34, M±m).

Кількість хворих	Стадія	Показники по ВАШ	Ступінь дисфагії
4	I	1,63±0,61	0,83±0,45
16	II	2,82±1,11	1,44±0,51
14	III	3,63±0,98	2,12±0,48

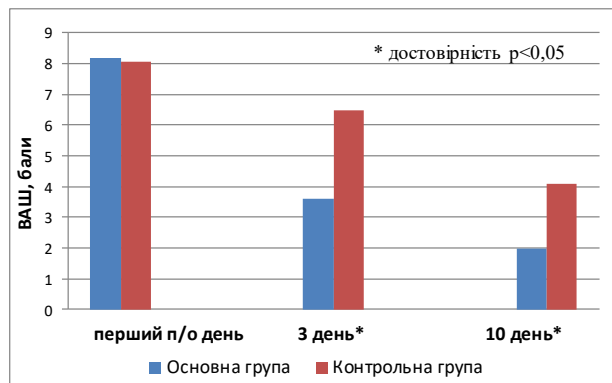


Рис. 1. Середні значення інтенсивності болю (по ВАШ) у динаміці з різними методами післяопераційного знеболення.

Таблиця 4. Середні значення ступеня дисфагії в післяопераційному періоді при ковтанні (n=34, M±m).

Показник	Група	Стадія	Доба	
			3	10
Дисфагія (ступінь)	К (n=18)	I	1,13±0,35	1,0±0,53
		II	1,56±0,63	1,50±0,63
		III	2,43±0,68	2,33±0,58
	О (n=16)	I	1,09±0,53	0,43±0,37
		II	1,56±0,63	0,88±0,35
		III	1,72±0,57	1,44±0,51

Таблиця 5. Динаміка показників психоемоційного стану у пацієнтів в післяопераційному періоді при протибольовій терапії за різними методиками післяопераційного знеболення (n=34, M±m).

Група	Доба	Показник		
		Депресія	Тривога	ШГР
К (n=18)	3	13,79±1,38	12,49±1,09	2,44±0,43
	10	12,18±0,75	11,49±1,07	2,19±0,51
О (n=16)	3	10,44±1,08*	10,71±1,02*	2,21±0,42
	10	7,63±0,86*	6,81±0,34*	1,02±0,33*

Примітка. * - статистично достовірна різниця в порівнянні з контрольною групою (p<0,05).

У післяопераційному періоді також у пацієнтів I-III стадії захворювання контрольної групи були виражені депресія та тривога, на відміну від пацієнтів основної групи (p<0,05) (табл. 4).

Аналізуючи дані щодо психоемоційного стану пацієнтів в післяопераційному періоді, виявлено, що тривога наростала на 3 добу у пацієнтів контрольної групи на відміну від показників основної групи, де значення були нижчими (p<0,05) (табл. 4). Був відмічений високий рівень психоемоційної напруги контрольної групи за даними ШГР протягом усього терміну лікування, на відміну від основної групи, де показники наближались до норми вже на 10 добу після операції (p<0,05).

Дана методика тривалого післяопераційного знеболювання дозволяє безболісно та в повному обсязі проводити перев'язки. А також значно покращує можливість

ковтання, навіть за наявності зонда; позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнта, що є важливим для реабілітації та лікування.

Загалом, вважається, що роль стресу в розвитку злоякісних пухлин не є однозначною та вимагає подальших досліджень. Водночас, роль стресу в прогресії онкологічних захворювань виглядає як достовірна [1].

В області онкології досліджувався стрес та дистрес на біологічному, психологічному та соціальному рівнях. Дослідники дійшли до висновку, що стрес може збільшувати ризик онкологічної патології [3].

Також дослідження на тваринах переконливо показують, що стрес прискорює прогресію злоякісних пухлин. Довели, що один з гормонів стресу (норепінефрін) індукуює ріст злоякісних клітин через секрецію цитокінів та факторів росту [2].

У нашому дослідженні усі пацієнти, які мали високий рівень тривожності та прояви депресії, несприятливими факторами називали фізичні симптоми, такі як біль і неможливість нормального харчування, тобто харчування через зонд. Також відмічали, складність жування, пов'язану з відсутністю зубів.

Їх психологічний стан залишався важким, ефективність знеболення була низькою, а ступінь дисфагії та її тривалість - високою.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Виявлення злоякісної пухлини в порожнині рота та ротоглотці вже само по собі призводить до тяжкого психологічного стресу. Більш того, психологічне здоров'я різко погіршується, якщо розвиток пухлини супроводжується болем, порушенням ковтання, сну. Якісне знеболення призводить до усунення больового синдрому та покращення ковтання, що в свою чергу позитивно впливає на психоемоційний стан пацієнта в післяопераційному періоді.

У подальшому планується проаналізувати тривалість післяопераційного знеболення блоками у пацієнтів з онкопатологією порожнини рота.

Список посилань - References

- [1] Berezko, I. V. (2017). В Україні онкопсихолог є швидше винятком, аніж частиною команди. (с.12-13) [In Ukraine, an oncologist is an exception rather than a part of the team. (p. 12-13)]. *Ваше здоров'я - Your health*.
- [2] Berezyanska, V. V. (2018). Психологічні особливості канцерофобів. Транзакційний підхід [Psychological characteristics of cancer phobes. Transactional approach]. *Молодий вчений - A young scientist*, 9(61), 171-175.
- [3] Budkina, O. V., & Volynets, N. V. (2017). Особливості психоемоційних станів онкологічних хворих [Peculiarities of psychoemotional states of cancer patients]. В: *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету "Україна"* (с. 184-188) [In: *Collection of scientific works of the Khmelnytskyi Institute of Social Technologies of the University "Ukraine"*. (p. 184-188)]. Хмельницький - Khmelnytskyi.
- [4] Coleman, J. R., Papamichail, D., Skiena, S., Futcher, B., Wimmer, E., & Mueller, S. (2008). Virus attenuation by genome-scale changes in codon pair bias. *Science* (New York, N.Y.), 320(5884), 1784-1787. DOI:10.1126/science.1155761
- [5] Faller, H., Schuler, M., Richard, M., Heckl, U., Weis, J., & K?ffner, R. (2013). Effects of psycho-oncologic interventions on emotional distress and quality of life in adult patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 31(6), 782-793. DOI:10.1200/JCO.2011.40.8922
- [6] Holland, J. C., Breitbart, W. S., Jacobsen, P. B., Jacobsen, P. B., Loscalzo, M. J., Corkle, R. M., & Butow, P. N. (2015). *Psycho-Oncology*. (3rd Ed.). Oxford University press. DOI:10.1093/med/9780199363315.001.0001
- [7] Matrenytsky, V. L. (2020). Психотравма діагноза, дистрес

- и депрессия у пациентов как факторы прогрессии онкозаболевания, способы их профилактики и терапии [Psychotrauma of diagnosis, distress and depression in patients as factors in the progression of cancer, methods for their prevention and therapy]. *Клінічна онкологія - Clinical oncology*, 1(37), 1-9. DOI:10.32471/clinicaloncology.2663-466X.37-1.26975
- [8] Mehnert, A., Lehmann, C., Cao, P., & Koch, U. (2006). Assessment of psychosocial distress and resources in oncology-a literature review about screening measures and current developments. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 56(12), 462-479. DOI:10.1055/s-2006-951828
- [9] Misiak, S. A. (2015). Методика складання індивідуальної програми реабілітації хворого з інвалідністю внаслідок онкологічного захворювання в умовах реабілітаційного центру [Methodology of the individual patient rehabilitation program with a disability as a result of cancer in terms of the rehabilitation center]. *Онкологія - Onkologiya*, 4(66), 292-295.
- [10] Misyak, S. A. (2016). Психосоматичні аспекти поведінки онкологічних хворих, які потрібно враховувати при реабілітації [Psychosomatic aspects of the behavior of cancer patients, which must be taken into account during rehabilitation]. *Запорізький медичний журнал - Zaporozhye Medical Journal*, 1(94), 91-96. DOI:10.14739/2310-1210.2016.1.63940
- [11] Mukharovska, I. R. (2016). Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування [Peculiarities of the psychoemotional state of cancer patients at the stage of primary treatment]. *Український вісник психоневрології - Ukrainian Herald of Psychoneurology*, 4(89), 69-71.
- [12] Mukharovska, I. R. (2017). Медико-психологічна допомога для онкохворих на різних етапах лікувального процесу [Medical and psychological assistance for cancer patients at various stages of the treatment process]. *Науковий журнал "ScienceRise: Медична наука" - Scientific Journal "ScienceRise: Medical Science"*, 1(9), 15-19. DOI:10.15587/2519-4798.2017.91024
- [13] Sergeant, I.V. (2020). "Внутрішня картина" хвороби та її вплив на психологічну адаптацію до стресу під час онкологічного захворювання [The "inner picture" of the disease and its influence on psychological adaptation to stress during cancer]. В: *Людина віртуальна: нові горизонти, Матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції* (с. 89-92) [In: *Virtual man: new horizons, Materials of the VII International scientific and practical conference* (p. 89-92)]. Київ - Kyiv.
- [14] Vehling, S., Koch, U., Ladehoff, N., Sch?n, G., Wegscheider, K., Heckl, U., Weis, J., & Mehnert, A. (2012). Prevalence of affective and anxiety disorders in cancer: systematic literature review and meta-analysis. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 62(7), 249-258. DOI:10.1055/s-0032-1309032

PSYCHOEMOTIONAL STATE OF PATIENTS WITH CANCER OF THE ORAL CAVITY AND OROPHARYNX

Kushta A. O.

Annotation. The work is devoted to the study of the psychoemotional state of patients with tumors of the oral cavity. The aim of the study was to find out the manifestations of physical problems, such as pain and difficulty swallowing, as influencing factors on psychoemotional stress and as a result of reducing the quality of life in patients with oncology of the oral cavity and oropharynx in the pre- and postoperative period. An analysis of the psycho-emotional state (according to the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)), pain syndrome (using a visual analogue scale (VASH, Visual Analogue Scale, VAS)), and the presence of dysphagia (according to the classification developed and tested by us) of 34 patients with oncopathology of the oral cavity before and after treatment was carried out. In the postoperative period, patients are divided into two groups depending on the type of analgesia. Statistical processing of the obtained data was carried out using Excel software from the Microsoft Office 2003 package, STATISTICA 5.5 (belongs to the Central Scientific Research Institute of National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya, license number AXXR910A374605FA) according to the Student's criterion at $p < 0.05$. The obtained results of the study indicate that long-term postoperative analgesia has a positive effect on the reduction of pain syndrome, restoration of swallowing and correction of the psycho-emotional state. Thus, the detection of a malignant tumor in the oral cavity and oropharynx in itself leads to severe psychological stress. Moreover, psychological health deteriorates sharply if the development of a tumor is accompanied by pain, impaired swallowing, and sleep. Therefore, high-quality analgesia leads to the elimination of pain syndrome and improvement of swallowing, which in turn has a positive effect on the psycho-emotional state of the patient in the postoperative period.

Keywords: oral cavity cancer, psychoemotional state, pain, dysphagia, anxiety, depression.