

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЕВІ

УДК 616.859.4 – 02:616.314

**С. М. Шувалов, д. мед. н.,
А. А. Малаховская, к. мед. н.**

Вінницький національний медичний університет
ім. Н.І.Пирогова

**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА
И КОНТРОЛЬ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ
НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ**

В статье приводятся данные о психологическом состоянии пациентов на стоматологическом приеме. Даются определения понятий тревожности и страха, а также особенности их проявлений. В работе описана тактика врача относительно пациентов с различным уровнем тревожности и страха на разных этапах приема у стоматолога.

Ключевые слова: страх, тревога, тревожность, седация, премедикация, психологическая подготовка.

С. М. Шувалов, А.О. Малаховська

Вінницький національний медичний університет
ім. М.І.Пирогова

**ПСИХОЛОГІЧНА ПІДГОТОВКА ТА КОНТРОЛЬ
ТРИВОЖНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ
НА СТОМАТОЛОГІЧНОМУ ПРИЙОМІ**

У статті наводяться дані про психологічний стан пацієнтів на стоматологічному прийомі. Даются визначення понять тривожності і страху, а також особливості їх проявів. У роботі описана тактика лікаря відносно пацієнтів з різним рівнем тривожності і страху на різних етапах прийому у стоматолога.

Ключові слова: страх, тривога, тривожність, седация, премедикація, психологічна підготовка.

S. M. Shuvalov, A. A. Malakhovska

Vinnitsa national medical university named N. Pirogov

**PSYCHOLOGICAL PREPARATION
AND CONTROL OF ANXIETY FOR PATIENTS
ON A STOMATOLOGICAL RECEPTION**

Restlessness and anxiety of the patient are the main factors that need to be monitored in the preoperative period. The frequency of these symptoms is 40 to 80 % in adults. In children, the symptoms of emotional stress are exacerbated by the age characteristics of the psyche of the child (Zorian E.V., Rabinovich, S.A., 2005). The most common causes of preoperative fear and anxiety are fear for their health, fear for the outcome of the operation, an uncertain future, fear of injections for anesthesia.

Conditionally there are two things in preoperative preparation: the psychological and pharmacological (Paul F. et al., 1993).

For the control of anxiety in psychological preparation even arrangement of rooms is important (waiting, registration, for children a place for doctor playing talks to a patient, the immediate location of the dental chair and the surrounding objects, equipment).

The first meeting with the dentist should be a study. As if by accident while walking parents with the child must go to the doctor for the conversation and doctor examines him not in his dental

chair, but at the table of the doctor or in the game room, talking about the treatment plan.

The main direction of the conversation should be aimed at diverting of attention from concentration on the internal state of the patient and from the painful thoughts about the upcoming procedure. That is, the psychological distraction - creating an alternative dominant in cerebral cortex in people with anxiety in this case because of the upcoming dental treatment.

Trust in the dentist is a member of confidence in the safety and pain-free dental treatment:

1. After greeting doctor must offer the patient (child, adolescent) to sit down at a doctor's table (but not directly in the dental chair), and ask, "what led you to us?" And not "what hurts?" Because quite often you will hear the answer, "Nothing, hurts."

2. Also it is useful to talk about the history of the disease, and problems. 3. Already in the dental chair it is appropriate to ask: how did they let you to leave the work? school? kindergarten? What was planned for today? And if there is a lot of cases to date, may the procedure be postponed for tomorrow or for 2-3 days?

4. Before the injection of anesthetic, convincing are the words about what is the best and most powerful modern anesthetic analgesia which involves almost half of the face.

Thus, the psychological and medical approaches at different stages of the reception at the dentist should be used to overcome anxiety and fear.

Key words: fear, anxiety, sedation, premedication, psychological preparation.

В настоящее время в связи с разработкой и применением современных анестетиков, проблем с эффективностью обезболивания в амбулаторной стоматологической практике практически не существует. В тоже время задачи психологической подготовки пациента, включающие комплекс мероприятий по снижению чувства тревожности и страха разработаны не достаточно, а известные схемы не применяются в полном объеме. Среди врачей и пациентов широко распространено ошибочное мнение о том, что состояние тревожности и страха подавляется прежде всего с помощью медикаментозных средств. На IX Международном конгрессе по обезболиванию и седации в стоматологии, проведенным European Federation for the Advancement of Anaesthesia in Dentistry (EFAAD), 17 сентября 2012 года в г. Москве во многих докладах по седации сообщалось о том, что фармакологическая седация далеко не всегда достигает своего эффекта, и во многих случаях является самообманом (circumvent himself effect, self-deception). А по мнению детского анестезиолога Михельсона В.А. (1985), психотерапевтические воздействия на ребенка не заменят никакие лекарственные препараты.

Известно что, 96 % стоматологических вмешательств проводятся по медицинским показаниям при сохранении сознания, что увеличивает влияние психологического фактора. Кроме того, от 5 до 14 % населения ряда стран (Швеция, США) совсем не обращаются к стоматологу из-за страха. При высоком

эмоциональном напряжении применение даже самых современных средств не эффективно без коррекции эмоциональной сферы больного. [1]

Цель настоящей работы. Определение понятий тревожности и страха, выявление их особенностей, а также возможности психотерапевтической коррекции на различных этапах стоматологической помощи.

Беспокойство и тревожность пациента являются основными факторами, которые необходимо контролировать в предоперационном периоде. Частота этих проявлений составляет от 40 до 80 % у взрослых пациентов. В детском возрасте данные симптомы психоэмоционального напряжения усугубляются возрастными особенностями психики ребенка (Зорян Е.В, Рабинович С.А., 2005). Наиболее частыми причинами предоперационного страха и тревожности являются: страх за свое здоровье, страх за исход операции, неясное будущее, боязнь проведения инъекции для анестезии. [1]

Условно в предоперационной подготовке можно выделить два момента: психологический и фармакологический (Paul F. et al., 1993).

Однако, основой успешного контакта стоматолога и пациента следует считать психологическую подготовку. Трудность определения тревожности заключается в определении терминологии. Многие исследователи используют термин «тревожность» в различных значениях. Поэтому стоит разграничить такие понятия, как тревожность, тревога и страх, которые часто используются как синонимы. Впервые определение тревожности как формы страха было дано З. Фрейдом, который в свою очередь определил его, как «неприятное эмоциональное переживание, когда человек в той или иной степени осознает, что ему угрожает опасность». [2] Теперь дадим точное определение тревоге, тревожности и страху.

Тревога – это эмоция, возникающая при общей оценке ситуации, как неблагоприятной. Представляет собой расплывчатый, длительный и смутный страх по поводу будущих событий. Она возникает в ситуациях, когда еще нет реальной опасности для человека, но он ждет ее, причем пока не представляет, как с ней справится. Если источник тревоги ликвидировать невозможно, не удастся, то тревога переходит в страх (М. Литвак, 1995).

Тревожность – индивидуальная психологическая особенность, проявляющаяся в склонности человека часто переживать сильную тревогу по относительно малым поводам. Эта эмоция формируется в коре головного мозга. Зигмунд Фрейд выделил три вида тревожности: реальный страх, невротическая тревожность и моральная тревожность. По адекватности ситуации различают: адекватную тревожность, которая отражает реальное неблагоприятное положение человека и неадекватную, проявляющуюся в благополучных для индивидуума областях реальности (это всегда симптом психических расстройств).

С. Салливан и К. Хорни (1941), рассматривают тревожность не только как одно из основных свойств личности, но и как фактор, определяющий ее развитие. Возникнув в раннем возрасте, в результате соприкосновения с неблагоприятной социальной сре-

дой, тревога постоянно и неизменно присутствует на протяжении всей жизни человека.

В. С. Мерлин и соавторы (1973) рассматривают тревожность как свойство темперамента. Проведенные ими исследования выявили статистически значимые корреляции между уровнем тревожности и такими характеристиками нервной системы, как слабость и инертность. [3]

Р. Кеттелл, а позднее Ч. Спилбергер четко определяют различия тревожности как состояния и как свойства личности, то есть как ситуативное явление и как личностную характеристику с учетом переходного состояния и его динамики. [4]

Таким образом, выделяют два основных вида тревожности: ситуативную тревожность, то есть порожденную некоторой конкретной ситуацией, которая объективно вызывает беспокойство и личностную тревожность, которую рассматривают как личностную черту, что проявляется в постоянной склонности к переживаниям тревоги в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и таких, которые объективно к этому не располагают. [5] В зависимости от типа темперамента выраженность личностной и ситуативной тревожности разная, что связано со свойством темперамента. Так сочетание экстраверсии и эмоциональной устойчивости характерно для сангвника, экстраверсии и эмоциональной неустойчивости для холерика, интроверсии и эмоциональной устойчивости – флегматику, интроверсии и эмоциональной неустойчивости – меланхолику. Свойства темперамента, в отличие от мотивов и психических состояний, проявляются одинаково в самых разных видах деятельности и при самых различных целях. Например, если у человека имеется повышенная склонность волноваться перед сдачей зачета или в ожидании лечения, то данная повышенная тревожность является свойством его темперамента. [6]

Более объемным и широко распространенным понятием является страх, термин, который далеко не всегда соответствует истинному состоянию человека. Страх – это отрицательно окрашенный ярко эмоциональный процесс, связанный с ощущением опасности, реальной или воображаемой. Данная эмоция возникает непосредственно перед событием или во время его и является наиболее древней эмоцией, поэтому и мозговые структуры, отвечающие за нее, находятся в более старых, центральных областях головного мозга – так называемой лимбической системе, к которой относятся гиппокамп, гипоталамус, миндалевидное тело. [7]

При возникновении страха в организме человека развиваются следующие психологические и физиологические реакции. Прежде всего, активируется симпатическая нервная система, мобилизующая энергетические ресурсы и перестраивающая деятельность всех систем органов, подготавливая их к физической деятельности. Активация симпатической нервной системы приводит к учащенному сердцебиению («сердце уходит в пятки»), расширению зрачков («у страха глаза велики»), торможению активности пищеварительных желез («от страха во рту пересохло») и т.д. Параллельно включается и эндокринная система, которая выбрасывает адреналин, что приводит к сужению сосудов кожи («лицо побледнело от страха»).

Большинство авторов полагают, что между тревогой и страхом имеется ряд принципиальных различий. Согласно мнению А. Захарова (1988), различия между этими эмоциями достаточно принципиальны и касаются как их генеза, так и проявлений (табл. 1).

Существует множество тестов и методик для определения уровня тревожности: эмоциональное выгорание, тест Спилбергера-Ханина, шкала самооценки тревоги Шихана, личностная шкала проявления тревоги, госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкала Цунга для самооценки депрессии, опросник Г. Айзенка для определения типов высшей нервной деятельности, цветовой тест Люшера, тест на самочувствие, активность и настроение, опросник Немчина, для оценки нервно-психического напряжения. Для деток при-

менимы тесты выявления страхов и уровней тревожности по методике Р. Тэмбла, М. Дорки и В.Амена, где экспериментальный материал состоит из 14 рисунков, которые представляют собой некоторую типичную для жизни младшего возраста школьника ситуацию и ребенок подбирает выражение лиц в зависимости от ситуации, методика определения психического состояния ребенка «Паровозик», которая предназначена для определения степени позитивного и негативного психического состояния, методика «Цветодиагностика эмоциональных состояний» разработанная Е. Ф. Бажиным и А. М. Эткингом (1985). Также существует тест на определения тревожности у детей по их рисункам. [2,3,4]

Таблица 2

Дифференциальная диагностика между тревогой и страхом (по Ю.В. Щербатых, Е.И. Ивлева, 1998)

Признаки	Тревога	Страх
Отношение к опасности	Сигнал опасности	Ответ на опасность
Временные особенности	Возникает до наступления опасности	Возникает во время наступления опасности
Действие на психику	Возбуждающие	Тормозящее
Характер стимулов, вызывающий эмоцию	Неопределенный, абстрактный характер	Определенный, конкретный характер
Направление во времени	Проецирована в будущее	Источником является прошлый травмирующий опыт
Роль мыслительных процессов в формировании психических ощущений	Иррациональный феномен	Рациональный феномен
Локализация в мозге	Левое полушарие коры	Правое полушарие коры, гиппокамп, гипоталамус, миндалевидное тело
Форма реагирования	Социально-обусловленная	Инстинктивно-обусловленная

По нашему мнению тревожность, как проявление высшей нервной деятельности и коры головного мозга может быть снижена путем психологической подготовки. А влияние на страх, проявляющийся активностью более древних структур лимбической системы гиппокампа, требует применения медикаментозных седативных средств (Седация от лат. *sedatio* - успокаивать).

Существует несколько уровней седации: **поверхностная**, при которой пациент находится в состоянии незначительного расслабления и способен реагировать на рекомендации врача. **Средняя седация**, при которой пациент находится в состоянии глубокого физического и эмоционального расслабления, но при этом находится в сознании и может реагировать на рекомендации врача. Данные эффекты достигаются с помощью принятия таблеток, использования растворов для интраназального введения, внутривенных и внутримышечных инъекций, а также смеси газов. **Глубокая седация** – это полное физическое и эмоциональное расслабление пациента, при котором он погружается в поверхностный сон. Но и при такой высокой степени седации пациент способен реагировать на рекомендации врача, достигается с помощью внутривенных инъекций.

Для контроля тревожности в психологической подготовке важное значение имеет даже расположение комнат (ожидание, регистрация, для детей это

место игровой беседы врача с пациентом, непосредственное расположение стоматологического кресла и окружающие его предметы, оборудование).

Первая встреча со стоматологом должна быть ознакомительной. Как бы случайно во время прогулки родители с ребенком должны зайти на беседу и врач осматривает его не в кресле, а за столом врача или в игровой комнате, рассказывая о плане лечения.

На практике нами применяется следующая схема психологической подготовки больного. Чтобы избежать излишней детализации мы объединили варианты возможных действий и бесед как для детей, так и для взрослых.

Основное направление беседы должно быть направлено, на отвлечение внимания, сосредоточения пациента на внутреннем состоянии и от тягостных мыслей о предстоящей процедуре. То есть, на психологическое отвлечение – создание альтернативной доминанты в коре головного мозга у людей, имеющих тревогу в данном случае из-за предстоящего лечения у стоматолога.

Как правило, пациент приходит к стоматологу в состоянии тревожности, которую, как взрослые, так и дети стараются не показывать, скрыть свою «слабость». Это заметно окружающим (врачу, мед.сестре, родственникам) и целый ряд ошибочных, якобы «успокоительных» замечаний (Не будь таким испуганным! Все будет хорошо! Не бойся!) приводят к углуб-

лению стрессовой ситуации. Так как взрослый человек и ребенок стремятся долгое время скрыть свою слабость (боязнь, неуверенность, тревогу), а эти фразы раскрывают его попытку скрыть это состояние, он разоблачен и тогда ему незачем больше скрывать свое состояние, слабость, - эмоции вырываются наружу (плач, истерика).

Положительно действует на психику пациента, особенно детей, разъяснение, что есть уколы болезненные, а это обезболивающие.

Точку укола также целесообразно обезболить препаратами артикаина аппликационно. Дети охотно идут на такое введение тампона в полость рта. Последующее введение шприца в рот также может быть незаметным с применением пальцев рук, а не инструментов, отвлечением внимания тампоном. Шприцы и щипцы должны быть спрятаны в ладонь врача.

Доверие стоматологу является элементом уверенности в безопасности и безболезненности стоматологического вмешательства:

1. После приветствия необходимо предложить пациенту (ребенку, подростку) сесть за стол врача (а не сразу в кресло) и спросить «что привело к нам?», а

не «что болит?», так как довольно часто Вы услышите ответ «Ничего у меня не болит».

2. Также полезно побеседовать о истории заболевания, проблемы. Ребенка лучше осмотреть предварительно также вне кресла. Да, в нарушение последовательности обследования целесообразно рассмотреть рентген-снимок, анализы, спросить о других заболеваниях, а ребенка о том: был ли он раньше у зубного врача? Эта беседа уже сблизит Вас с пациентом.

3. Уже в кресле целесообразно спросить: как Вас отпустили на работе? в школе? в детском саду? Что планировалось на сегодня? И если много дел на сегодняшний день, то может быть отложить процедуру на завтра или на 2-3 дня?

4. Перед проведением инъекции анестетика, убедительно звучат слова о том, что это лучший и самый сильный современный анестетик при котором обезболивание охватывает почти половину лица.

Рекомендуется пользоваться и придерживаться в повседневной практике «Протокола снижения тревожности и страха», который состоит из трех частей: до времени процедуры, во время и после (Peterson et al., 2004). Нами был расширен и дополнен этот протокол (табл. 2).

Таблица 2

Протокола снижения тревожности и страха

До времени процедуры	1. Назначение снотворных перед сном (саносон и др.)	
	2. Прием седативных средств с утра (валиум, фитосед, валериана)	
	3. Назначение пациента с высоким уровнем тревожности на утро	
Во время проведения процедуры	Нефармакологические агенты контроля тревожности.	1. Корректный словесный (вербальный) контакт (слова и действия врача должны оказывать положительное психологическое влияние на больного). 1.1. Общение с больным отвлекая его внимание от предстоящей операции. 2. No surprises (врач должен предупреждать о каждом предстоящем действии). 3. Максимально снизить шум в кабинете, предотвратить по возможности стук металлических инструментов. 4. Не показывать инструменты пациенту.
	Фармакологические методы контроля страха.	1. Таблетированные: диазепам, мидозалама (мепробомат), гидазепам, афобазол, стрезам. 2. Внутривенная седация 3. Ингаляционные: закись азота, ксенон-кислород.
После вмешательства	1. Четкое инструктирование пациента и родственников о послеоперационном поведении, приеме пищи, необходимости ухода за полостью рта.	
	2. Предупреждение о возможном отеке, подъеме температуры тела, незначительном кровотечении (сукровица со слюной).	
	3. Обезболивание (кетанов, дексалгин, анальгин).	
	4. Телефон врача, ассистента врача при возникновении вопросов, осложнений.	

Таким образом, необходимо различать понятия тревожности и страха с учетом типа темперамента, а для преодоления этих состояний применять психологические и медикаментозные подходы на различных этапах приема у стоматолога.

Список литературы

1. Рабинович С.А. Особенности обезболивания при лечении стоматологических заболеваний у детей / С.А. Рабинович, Е.В. Зорян - М.: МЕДпресс-информ, 2005. - 120 с.
2. Тревога и тревожность / Под ред. В.М. Астапова. СПб.: Питер, 2001. - С.18 - 28

3. Мерлин В.С. Очерки теории темперамента / В.С. Мерлин – Пермь: ПСИ, 2007. – 276 с.
4. Тревога и тревожность: хрестоматия / Под. ред. В.М. Астапова – СПб.: Пер Сэ, 2009 – С. 85-99
5. Клепач Ю.В. Психологическая природа и психокоррекция тревожности у старшеклассников. - дисс...канд. психол.наук. /Ю.В. Клепач. – Воронеж, 2002. – 230 с.
6. Павлов И. П. Полное собрание сочинений / И.П. Павлов - М.-Л., 1951. – 269с.
7. Щербатых Ю.В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги и фобий / Ю.В. Щербатых, Е.И. Ивлева. - Воронеж, 1998. – 281с.

REFERENCES

1. Rabinowitz S.A., Zorian E.V. Features of anesthesia for treatment of dental diseases in children. Moscow, MEDpress-inform, 2005:120.
2. Astapov V.M. Fear and anxiety. SPb.: Peter, 2001:18 – 28.
3. Merlin V.S. Essays on the theory of temperament. Perm: PSI, 2007: 276.
4. Astapov V.M. Fear and anxiety: Reader. St.: Per Se, 2009:85-99.
5. Клепач Ю. Psychological nature and psychocorrection anxiety in high school students. Ph.D. diss. psichol.nauk. Voronezh, 2002: 230.
6. Pavlov I.P. Complete Works. Leningrad, 1951: 269.
7. Cherbatih Y. V., Ivlev I.V. Psychophysiological and clinical aspects of fear, anxiety and phobias. Voronezh, 1998: 281.



УДК 612.017.1:616.314.18-002-089.5:615.3

Н. Г. Дорофеева, к. мед. н., О. А. Шпулина, к. мед. н.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»

**ОЦЕНКА ИММУННОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМИ ФОРМАМИ
ПУЛЬПИТОВ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ
ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ**

*У пациентов с острыми формами пульпитов исследовали иммунологический статус. Провели сравнительную характеристику иммунологического статуса пациентов в зависимости от продолжительности течения заболевания. Изменение иммунологического статуса происходит у лиц, которые длительное время не обращаются за квалифицированной помощью, в отличие от лиц, которые обращаются в первый день заболевания. Установлено изменение клеточного и гуморального иммунитета под влиянием длительной боли и применении обезболивающих препаратов.
Ключевые слова: клеточный иммунитет, гуморальный иммунитет, боль, иммунологический статус.*

Н. Г. Дорофеева, О. О. Шпулина

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

**ОЦІНКА ІМУННОГО СТАТУСУ ПАЦІЄНТІВ
З ГОСТРИМИ ФОРМАМИ ПУЛЬПІТІВ
НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗНЕБОЛЮЮЧИХ
ПРЕПАРАТІВ**

У пацієнтів з гострими формами пульпітів досліджували імунологічний статус. Провели порівняльну характеристику імунологічного статусу пацієнтів залежно від тривалості перебігу захворювання. Зміна імунологічного статусу відбувається в осіб, які тривалий час не звертаються за кваліфікованою допомогою, на відміну від осіб, які зверта-

ються в перший день захворювання. Установлено зміну клітинного й гуморального імунітету під впливом тривалої болю й застосуванні знеболюючих препаратів.

Ключові слова: клітинний імунітет, гуморальний імунітет, біль, імунологічний статус.

N. G. Dorofeeva, O. A. Shpulina

SE «Lugansk state medical university»

**ESTIMATION OF IMMUNOLOGIC STATUS
OF PATIENTS WITH ACUTE FORMS
OF PULPITES AGAINST THE BACKGROUND
OF ANESTHETIC DRUG INTAKE**

Immunologic state was studied in patients with acute pulpites. One carried out comparative characteristic of patients' immunologic status depending on duration of disease course. Change of immunologic status happened in patients which didn't ask for qualified aid during long period, despite of the patients asked for the aid on the first day of disease. Change of cellular and humoral immunity under the influence of prolonged pain and intake of pain relieving drugs was discovered. The aim of our study was to estimate the changes of immune status of patients depending on the terms of painful sensations. 200 patients with acute pulpitis were under our observation. We used Yavorskaia-Urbanovich classification for diagnosis (95 females and 105 males aged from 30 to 45). Patients were divided into 2 groups. 1 group included participants consulted a dentist on the first day of disease; 2 group consists of patients asked for dental help after a week of pain appear; they were taking the anesthetic drugs during this period. Thus, leukogram of patients from 2 group can be described by presence of leukocytosis and lymphopenia. Comparing this data with the same indicators of 1 group, it should be noted that significant decrease of relative and absolute level of total T-lymphocytes was observed. In result we established that patients of 2 group had apparent change of phagocytic, T- and B-lymphocytic components of immune system, what is an evidence of immunodeficiency state with autoimmune component.

Key words: cellular immunity, humoral immunity, pain immunologic status.

Боль как неприятное ощущение с негативными эмоциональными переживаниями испытывал практически каждый человек. Боль уменьшает активность, вызывает психо-эмоциональные расстройства, приводит к регионарным и системным нарушениям деятельности висцеральных систем. Такую боль называют патологической. Острая боль неразрывно связана с вызвавшим ее повреждением и является симптомом повреждения. Периферическое повреждение запускает целый каскад патофизиологических и регуляторных процессов, затрагивающих всю ноцицептивную систему от тканевых рецепторов до корковых нейронов.

Цель нашего исследования. Оценка изменения иммунологического статуса у пациентов в зависимости от срока болевых ощущений.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 200 пациентов с диагнозом острый пульпит. Для постановки диагноза мы использовали классификацию Яворской-Урбанович (95 женщин и 105 мужчин в возрасте от 30 до 45 лет). Пациенты были разделены на 2 группы. 1