

### Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ РИСПЕРОНА И КВЕТИРОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Скрипников А.Н., Шиндер В.В.

Ключевые слова : шизофрения, рисперон, кветирон, депрессивно – параноидные состояния, суицид

В работе представлены результаты сравнительного исследования применения препаратов рисперон и кветирон в качестве антипсихотических средств в терапии депрессивно - параноидных состояний при шизофрении. Использованы две параллельные группы пациентов, получавших рисперон и кветирон. Оценка эффективности проводилась с использованием оценочных шкал HAMD – 21 и PANSS. Показано более быструю и глубокую редукцию сопутствующей депрессивной симптоматики при шизофрении рисперона, но менее глубокую редукцию параноидного синдрома, чем у кветирона в исследуемых дозах. Рисперон и кветирон имели хорошую переносимость и не проявляли в наших наблюдениях экстрапирамидных расстройств в вышеуказанных дозах, способствовали развитию симптоматической ремиссии.

### Summary

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF RISPERON AND QUETIRON THERAPEUTIC EFFICACY IN THERAPY OF DEPRESSIVE AND PARANOID STATES IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Skripnikov A.N., Shnyder V.V.

This paper presents the results of comparative study devoted to the application of such drugs as risperon and quetiron as means of antipsychotic in the therapy of depression -paranoid states under schizophrenia. There have been used two parallel groups of patients taking risperon and quetiron. Evaluation has been conducted by using estimation scales HAMD – 21 and PANSS. There has been shown more rapid and profound reduction of concomitant depressive symptoms under schizophrenia by risperon but less deep reductions of paranoid syndrome produced by quetiron in studied doses. Risperon and quetiron are well tolerated and have produced no extrapyramidal disorders in the studied doses, contribute to the development of symptomatic remission.

УДК:[616.89-008.1:616.212]-089.168

**Скрипников А.М., Боднар Л.А.**

### **ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА ХВОРИХ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА В ДО - ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

*Проведені дослідження показали, що клініко-психопатологічний стан у переважної більшості хворих з дефектами та деформаціями носа після ринопластики покращився: знизилася ситуаційна та особистісна тривожність, вираженість депресивної симптоматики, підвищилася самооцінка за показниками «щастя», «розум», «характер», «зовнішність». У 20 % обстежених, які залишилися незадоволеними хірургічним лікуванням та неадекватно оцінювали свою зовнішність, клініко-психопатологічний стан не змінився. Такі пацієнти потребують комплексного підходу до лікування, з призначенням психофармакологічних засобів та надання психотерапевтичної допомоги.*

Ключові слова: психодіагностичне обстеження, дефекти та деформації носа, ринопластика.

#### **Вступ**

Дефекти та деформації носа є найпоширенішими серед косметичних патологій обличчя [2]. У науковій літературі існують лише окремі повідомлення про психічний стан пацієнтів з такими вадами. Доведено, що дефекти та деформації носа впливають на особистість, змінюють характер, поведінку, спричиняють різного роду психогенні реакції та патопсихологічні стани, які спонукають людей звертатися за допомогою до пластичних хірургів [4-8]. Однак після проведеного оперативного втручання хворі часто залишаються незадоволеними результатом, що потребує проведення психотерапевтичних та реабілітаційних заходів, основаних на вивченні клініко-психопатологічних особливостей, особистісних реакцій пацієнтів до та після операції, відношення їх до ринопластики.

#### **Мета дослідження**

Мета даної роботи – оцінити динаміку клініко-психопатологічного стану хворих з дефектами та деформаціями носа до та після ринопластики.

#### **Матеріали та методи дослідження**

Для реалізації поставленої мети обстежено 35 хворих (20 жінок та 15 чоловіків) у віці від 18 до 45 років, які звернулися до пластичного хірурга з метою проведення ринопластики. У 18 із них була вроджена, у 17 - набута патологія зовнішнього носа. Всім хворим були виконані реконструктивні операції з приводу таких дефектів та деформацій: широкі крила носа, горбоподібний ніс та широкий (роздвоєний) кінчик носа, сідлоподібна деформація, вроджене широке розташування носових кісток.

Психічний стан пацієнтів оцінювали комплекс-

но з використанням клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів дослідження: тестів шкали реактивної і особистісної тривоги Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна, шкали Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) та самооцінки Дембо-Рубінштейн [1, 3, 9]. Тестування проводили двічі: за 3-5 днів до та через 1-2 тижні після реконструктивного втручання.

Тести шкали Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна використовували для самооцінки пацієнтами рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) та особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Шкала складалася з двох частин, які окремо відображали реактивну (питання № 1-20) та особистісну (питання № 21-40) тривожність. Показники підраховували за спеціально адаптованими формулами. Результат оцінювали в балах: до 30 – низька тривожність; 31 - 45 – помірна тривожність; 46 та більше – висока тривожність.

Шкалу Гамільтона (Hamilton M., 1967) використовували для оцінки ступеню вираженості депресивної симптоматики. Шкала складалася з 21 пункту, кожен з яких оцінювався від 0 до 4 балів залежно від вираженості депресивних проявів. Результат оцінювали за сумою балів: 7-16 – легкий, 17-27 – помірний, вище 27 – тяжкий депресивний епізод.

За методикою Дембо-Рубінштейн обстежуваному надавалася можливість визначити свій стан за шкалами з урахуванням ряду нюансів, що відображали ступінь вираженості тієї чи іншої особистісної властивості. На аркуші паперу проводилася вертикальна лінія, яка відображала щастя (верхній полюс - повне щастя, нижній – повне нещастя). Обстежуваний позначав на лінії своє місце. Аналогічно проводилося оцінювання за шкалами «здоров'я», «розум», «характер», «зовнішність». При аналізі отриманих результатів враховували не тільки розміщення, а й обговорення відміток на шкалах та особистісну мотивацію при прийнятті рішення.

### Результати та їх обговорення

Проведені дослідження показали, що особи з дефектами та деформаціями носа мають клініко-психопатологічні особливості, які проявляються підвищеною тривожністю, депресивними реакціями, замкнутістю, афективною лабільністю, заниженою самооцінкою, що обумовлено індивідуально-психологічними рисами особистості, вираженістю та часом виникнення патології носа.

Так, за даними клініко-психопатологічного аналізу половина обстежених (n=17, 48%) мала тривожно-депресивну симптоматику (знижений настрій, порушення сну, тривожність, неспокій, нав'язливе очікування невдалого результату операції), третина (n=10, 29%) - переважно неврастенічні скарги (слабкість, швидка втомлюваність, періодична дратівливість, часті головні болі, пасивність), ще у 8 (23%) пацієнтів реєст-

рували депресивний синдром з obsesivним компонентом (на фоні зниженого настрою фіксація на дефекті чи деформації носа, нав'язливі думки про власну потворність, неможливість через дефект реалізуватися в особистому та суспільному житті, явне перебільшення патології носа).

Після операції у більшості хворих (n=28, 80%) підвищився настрій, зменшилась тривожність, нормалізувався сон. У 7 (20%) пацієнтів, які залишилися незадоволеними хірургічним лікуванням та неадекватно оцінювали свою зовнішність, відмічалось погіршення симптоматики межового регістру.

Визначення реактивної і особистісної тривоги за методикою Ч.Д.Спілбергера - Ю.Л.Ханіна показали, що до ринопластики середній бальний показник ситуаційної тривожності в осіб з дефектами та деформаціями зовнішнього носа виявився високим –  $39,34 \pm 0,96$ . Це підтверджено даними індивідуального аналізу, за яким високий рівень ситуаційної тривожності виявлений у 7 (20%), помірний – у 24 (70%) та низький - лише у 4 (10%) пацієнтів. Особистісна тривожність пацієнтів також реєструвалася на високому рівні. Так, до лікування її середній бальний показник складав  $47,17 \pm 0,85$ . При цьому у переважній більшості обстежених 28 (80%) виявлений високий рівень особистісної тривожності та лише у 7 (20%) – помірний.

Після оперативного втручання у хворих основної групи прояви як ситуаційної, так і особистісної тривожності зменшилися. Їхній середній бал достовірно знизився (з  $39,34 \pm 0,96$  до  $35,91 \pm 0,90$  ( $p < 0,05$ ) та з  $47,17 \pm 0,85$  до  $44,74 \pm 0,81$  ( $p < 0,05$ ) відповідно). Це підтвердив індивідуальний аналіз, за яким у післяопераційний період показники ситуаційної і особистісної тривожності у переважній більшості пацієнтів знизилися; однак у 10 (29%) та 12 (34%) хворих відповідно продовжували реєструватися на попередньому рівні.

Прослідковувалися особливості тривожності залежно від статі та часу виникнення патології. Так, для жінок дефекти та деформації носа були більшим психотравмуючим фактором з вираженими тривожно-невротичними розладами. У хворих з набутою в зрілому віці деформацією рівень тривоги виявлявся вищий, порівняно з пацієнтами з вродженою патологією, які більш адаптовані до дефекту.

Оцінка вираженості депресивних проявів за шкалою Гамільтона показала, що перед оперативним втручанням депресивна симптоматика була характерною для всіх пацієнтів із середнім бальним показником  $14,77 \pm 0,96$ . Легкого ступеню вираженості - у 23 (77%), помірного – у 12 (23%). Після операції середній показник депресивної симптоматики майже не змінився та склав  $13,14 \pm 0,99$ . Це підтверджено даними індивідуального аналізу, за яким у переважній більшості пацієнтів (n=26, 74%) зберігалися де-

пресивні розлади легкого ступеню вираженості. У той же час у 3 (9%) пацієнтів показники депресивної симптоматики значно знизилися і реєструвалися нижче мінімального значення, а у 6 (17%) – залишилися без змін на помірному рівні. Останні були незадоволені результатом ринопластики, яка, на їх погляд, була виконана не-

вдало, та наполягали на повторному оперативному втручанні.

Наступним кроком дослідження був аналіз самооцінки за шкалами «здоров'я», «щастя», «розум», «характер», «зовнішність» методики Дембо-Рубінштейн, середні значення яких відображені у табл. 1.

Таблиця 1.

Середні значення тесту самооцінки Дембо – Рубінштейн у балах

	«Характер»	«Щастя»	«Зовнішність»	«Здоров'я»	«Розум»
до операції	60,05 ± 0,54	56,91 ± 0,51	45,71 ± 0,60	60,25 ± 0,55	66,02 ± 1,06
після операції	62,17 ± 0,59	61,48 ± 0,60	54,4 ± 1,1	54,62 ± 0,69	65,57 ± 1,09

Як видно з табл. 1, після операції рівень самооцінки за більшістю показників став вищим, що свідчить про позитивний вплив хірургічного втручання на психологічний стан хворих та загальну задоволеність якістю лікування. Однак при індивідуальному аналізі виявлено по 7 (20%) пацієнтів, у яких за шкалами «зовнішність» та «щастя» показники не змінилися. Вони продовжували фіксувати увагу на дефекті, були незадоволені операцією. Показник «здоров'я» у всіх пацієнтів після операції значно знизився, що пов'язано з тривалими строками лікування та труднощами адаптації після операції.

### Висновки

1. Клініко-психопатологічний стан після ринопластики у переважній більшості хворих (80%) з дефектами та деформаціями носа покращився: знизилася ситуаційна та особистісна тривожність, вираженість депресивної симптоматики, підвищилася самооцінка за показниками «щастя», «характер», «зовнішність».

2. У 20% обстежених, які залишилися незадоволеними хірургічним лікуванням та неадекватно оцінювали свій облік, оперативне втручання не вплинуло на клініко-психопатологічний стан. Такі пацієнти потребують комплексного підходу до лікування, з призначенням психофармакологічних засобів та психотерапевтичної допомоги.

3. Клініко-психопатологічні особливості необхідно враховувати при розробці індивідуальних підходів до психотерапії та визначенні основних напрямків реабілітаційних заходів.

### Література

1. Березин Ф.В. Методика многостороннего исследования личности / Ф.В.Березин, Р.В.Рожанец, В.П.Мирошников. – М., 1978. – 234 с.
2. Боймурадов Ш.А. Частота встречаемости переломов костей носа среди травм лица / Ш.А.Боймурадов // Российская ринология. – 2006. – №6. – С.4-6.
3. Зейгарник Б.В. Экспериментально-психологические исследования / Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн. - Медицина и психология, 1978. – С. 37-42.
4. Поліщук С.С. Психоемоційний стан хворих з травматичними пошкодженнями щелепно-лицевої ділянки та методи його корекції: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматологія» / С.С.Поліщук. – Одеса, 2006. – 20 с.
5. Хритинин Д.Ф. Психические расстройства у пациентов с челюстно-лицевыми деформациями при реконструктивных пластических операциях / Д.Ф.Хритинин, С.В.Прохорова, А.П.Дудаева // Психическое здоровье. – 2008. – №12. – С.17-21.
6. Матвеев В.Ф. Психические нарушения у больных с врожденными косметическими дефектами лица / В.Ф.Матвеев, С.В.Попилина // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. – 1973. – №5. – С. 725-730.
7. Михайлова В.В. Психологическая оценка больных с врожденными и приобретенными челюстно-лицевыми деформациями в до- и послеоперационном периодах / В.В.Михайлова, Л.М.Браденштейн, М.Г.Панин // Стоматология. – 1997. – №5. – С.35-39.
8. Матвеев В.Ф. Влияние хирургического лечения на психическую реадaptацию больных с врожденными и приобретенными дефектами лица / В.Ф.Матвеев, С.В.Попилина, А.А.Сергеев // Стоматология. – 1972. – №2. – С. 54-57.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я.Райгородский. – Самара: «БАХРАХ», 1998. – 672 с.

### Реферат

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТАМИ И ДЕФОРМАЦИЯМИ НАРУЖНОГО НОСА В ДО- И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДАХ

Скрипников А.Н., Боднар Л.А.

Ключевые слова: психодиагностическое обследование, дефекты и деформации носа, ринопластика.

Проведенные исследования показали, что клиничко-психопатологическое состояние у подавляющего большинства больных с дефектами и деформациями носа после ринопластики улучшилось: снизилась ситуационная и личностная тревожность, выраженность депрессивной симптоматики, повысилась самооценка по показателям «счастье», «ум», «характер», «внешность». У 20% обследованных, которые остались недовольны хирургическим вмешательством и неадекватно оценивали свою внешность, клиничко-психопатологический состояние не изменилось. Такие пациенты нуждаются в комплексном подходе к лечению с назначением психофармакологических средств и психотерапевтической помощи.

**Summary**

PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH DEFECTS AND DEFORMATIONS OF EXTERNAL NOSE IN PRE- AND POSTOPERATIVE PERIOD

Skrypnikov A.N., Bodnar L.A.

Keywords: experimental and psychological examination, defects and deformations of nose, rhinoplasty.

Clinical and psychopathological state has improved after rhinoplasty in the majority of patients with defects and deformations of the nose. Situational and personal anxiety has also decreased. Depressive symptoms have subsided. Self-assessment has been improved in terms of "happiness", "mind", "character", "appearance". Clinical and psychopathological state has not changed in patients who were dissatisfied with surgery and evaluated their appearance inadequately. Such patients require an integrated approach to treatment with the appointment of psychopharmacological agents and psychological care.

УДК-618.1-084-08

**Тарановська О.О.**

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ДОПОЛОГОВОЇ ПІДГОТОВКИ ШИЙКИ МАТКИ**

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

*Проведена порівняльна характеристика ефективності застосування різноманітних методів допологової підготовки шийки матки. Доведено, що інтрацервікальне введення пропедил-гелю (динопростону) має більшу швидкість реалізації ефекту, однак його застосування супроводжується більш високою частотою виникнення ускладнень впродовж пологів в порівнянні з використанням кольпосептину або осмотичною дилатацією шийки матки паличками ламінарії.*

Ключові слова: допологова підготовка шийки матки, динопростон, кольпосептин, ламінарії.

Раціональна підготовка шийки матки до пологів займає важливе місце у сучасному акушерстві, оскільки пологи при незрілій шийці матки супроводжуються більшою частотою виникнення слабкості пологової діяльності, невчасним вилиттям навколоплідних вод, високим відсотком оперативного завершення пологів, кровотечами, пологовим травматизмом, дистесом плоду та асфіксією новонародженого [6]. З іншого боку, з розширенням можливостей пренатальної діагностики, збільшенням кількості вагітних високого ризику через соматичні захворювання, важкі форми гестозу, ізоімунний конфлікт, перед акушерами постає питання про дострокове розродження [2,3, 8].

Для успішного початку та подальшого розвитку скорочувальної діяльності матки необхідна "зріла" шийка матки як складова родової домінанти [1]. Тому період біологічної підготовки вагітної до пологів є надзвичайно важливим. Він характеризується дозріванням епіфізарно-гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи плода, викидом синтезованого плодом кортикотропіну, перетворенням попередників кортизолу в кортизол в плаценті, синтезом естрогенів, усуненням «прогестеронового блоку» та підвищенням збудливості ендометрію. Дисбаланс нервово-ендокринних взаємовідносин внаслідок функціональної або органічної патології чи спадкової схильності потенціюється вагітністю, призводячи до розвитку плацентарної дисфункції, яка заважає розгорнути генетично детерміновану програму

допологової перебудови організму вагітної, і, в особливості, шийки матки наприкінці гестації.

У межах України з метою підготовки шийки матки до спонтанних та індукованих пологів використовують: 1) традиційну підготовку шийки матки глюкозо-вітаміно-естрогено-кальцієвим фоном з наступним родопідсиленням окситоцином [4]; 2) підготовку шийки матки гелями, які містять простагландин E2: препіділ-гель та простін E2, вагінальний гель (компанія "Pharmacia Upjohn"), цервіділ (фірма "Forest"), пропес (фірма "Ferring"), 3) використання осмотичних дилататорів, натуральних та синтетичних, таких, як ламіцел, гіпан, ділапан. На сучасному етапі застосування глюкозо-вітаміно-естрогено-кальцієвого фону є безперспективним, оскільки потребує тривалого застосування, має безліч системних побічних ефектів та низьку ефективність, що становить лише 50 % [5]. Натомість більш широкого застосування набуває місцеве введення естрогенів у вигляді вагінальних таблеток Кольпосептин (0,01 г промєстину – синтетичного 17 – естрадіолу дієфір-оксиду і 0,2 г хлорхинальдола)

Тож, хоча останнім часом все більше досліджень присвячено питанню підготовки шийки матки до пологів [7, 9], однак питання щодо найбільш раціонального методу підготовки шийки матки лишаються актуальними та дискусійними і вимагають подальшого вивчення. Саме з цих позицій ми виходили, виконуючи дане дослідження.

Метою нашої роботи було порівняльне ви-

\* Дане дослідження є фрагментом роботи, що входить до комплексної ініціативної теми "Особливості гомеостазу внутрішнього середовища організму жінок із гінекологічними захворюваннями і вагітних з акушерською та екстрагенітальною патологією, методів їх консервативного та оперативного лікування на стан репродуктивного здоров'я, перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, стан плода і новонародженого" (№держреєстрації 0103U001314).