

При выполнении оперативного лечения в группе 1 проведенные центральные лимфодиссекции составили 373 (55,9%), другие лимфодиссекции – 294 (44,1%). Во 2 группе центральных лимфодиссекций было 25 (27,2%), других лимфодиссекций – 67 (72,8%). Различия по критерию Фишера  $p\text{-value} = 0,00001$  статистически значимы. Можно отметить тенденцию к использованию более радикальных вмешательств на лимфоаппарате у пациентов с РЦЖ в «послечернобыльской» популяции, что объясняется возросшей частотой метастазирования в регионарные лимфатические узлы в этой группе.

### **Выводы**

1. Статистически значимых различий между полом и местом проживания у пациентов установлены не были. Возраст пациентов с РЦЖ в «дочернобыльской» популяции статистически значимо выше, чем в «постчернобыльской».

2. Не отмечено статистически значимых различий в распределении стадий Т и М. Наблюдалось статистически более частое выявление N<sub>1</sub> стадии в группе 2, чем объясняется возрастание радикальности вмешательств на регионарном лимфоаппарате в «постчернобыльской» популяции.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцеррегистра за 2010–2019 гг. / А. Е. Океанов и др. ; под ред. С. Л. Полякова. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – С. 17–18.
2. *Elteley, A. M.* Neck Dissection in the Surgical Treatment of Thyroid Cancer / A. M. Elteley, D. J. Terris // *Endocrinol Metab Clin North Am.* – 2019. – Vol. 48, № 1. – P. 143–151.
3. Worldwide Increasing Incidence of Thyroid Cancer: Update on Epidemiology and Risk Factors [Electronic resource] / G. Pellegriti [et al.] // *Journal of Cancer Epidemiology.* – 2013. – Vol. 2013. – Mode of access: file:///C:/Users/HONOR/Downloads/Worldwide\_Increasing\_Incidence\_of\_Thyroid\_Cancer\_U.pdf/. – Date of access: 22.09.2024.

**УДК 616.891.6:616.33/.34-08**

***А. Н. Ковальчук, С. А. Шут***

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

## **КОРРЕЛЯЦИЯ УРОВНЯ ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАЦИОННОЙ ТРЕВОЖНОСТИ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ СИМПТОМОВ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

### ***Введение***

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) являются актуальной сферой современной гастроэнтерологии в частности, и

медицины в целом, что обусловлено высокой распространенностью данной патологии в популяции, особенно среди взрослого трудоспособного населения, при недостаточности этиопатогенетических данных. Хотя функциональные расстройства ЖКТ не представляют непосредственной угрозы жизни пациентов, их влияние на качество жизни, уровень трудоспособности, экономические потери, нагрузку на систему здравоохранения за счет рецидивирующего течения, уровень психологического благополучия населения обуславливают социальную значимость данной патологии [1].

В соответствии с Римскими критериями IV пересмотра (2016) под функциональными заболеваниями ЖКТ понимается группа расстройств, характеризующаяся нарушением взаимодействия центральной нервной системы и периферического звена нервной системы, обеспечивающего деятельность органов ЖКТ (ось «головной мозг – ЖКТ») [2]. Манифестация симптоматики нередко хронологически связана с эпизодами психологического неблагополучия пациентов, наиболее частым проявлением которого является ощущение тревоги (50%). При этом рецидивирующие, с изменчивой клинической картиной эпизоды функциональных расстройств сами по себе стимулируют невротизацию личности, повышение уровня тревожности, частоту ипохондрических реакций и депрессивных состояний [3].

Тревога индуцируется стрессовым ответом, реализующимся высвобождением кортикотропин-рилизинг-гормона из гипоталамуса, приводящим к физиологическим изменениям, в том числе – изменению моторики ЖКТ, и влияющим на центральную обработку ноцицептивных сигналов, что является важным компонентом формирования феномена висцеральной гиперчувствительности. На данный момент этот феномен, базирующийся на снижении порога болевой чувствительности и повышении чувствительности полых органов к различным стимулам за счет нарушения механизма передачи болевого импульса от органов ЖКТ в ЦНС, рассматривается как основной патофизиологический механизм развития болевого синдрома у пациентов с функциональными расстройствами ЖКТ [4].

Общность физиологических механизмов позволяет предположить, что взаимовлияние локальных нарушений со стороны ЖКТ и психоэмоциональных проявлений может быть использовано в терапии функциональных расстройств ЖКТ.

### ***Цель***

Оценить корреляцию снижения уровня тревожности и выраженность симптомов функциональных расстройств ЖКТ.

### ***Материал и методы исследования***

Исследование было проведено на базе У «Гомельский областной клинический кардиологический центр», УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2». В исследовании приняли участие 16 человек, из них

4 мужчины (25%) и 12 женщин (75%). Возраст участников варьировал от 20 до 65 лет (средний возраст составил  $35 \pm 10$  лет).

По нозологии, в соответствии с классификацией функциональных расстройств ЖКТ, предложенной Римским консенсусом IV пересмотра в 2016 г., распределением пациентов было следующее: 1 группа (A1: функциональная загрудинная боль пищеводного происхождения) – 3 человека; 2 группа (B1b: синдром эпигастральной боли) – 7 человек; 3 группа (C1: синдром раздраженного кишечника) – 6 человек.

Оценка уровня ситуационной (реактивной) и личностной тревоги проводилась с помощью шкалы тревоги Спилберга (State-Trait Anxiety Inventory (STAI)) до начала курса холистического пульсационного массажа и после его завершения. Шкала тревоги Спилберга состоит из двух подшкал: шкалы ситуационной тревожности и шкалы личностной тревожности. Обе части оценивают по отдельности следующим образом: до 30 баллов – низкая тревожность, 31–44 балла – умеренная, 45 и более баллов – высокая тревожность.

Оценка выраженности симптомов проводилась путем индивидуальной оценки интенсивности боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), оценки количества эпизодов болей и других симптомов соответствующих функциональным расстройствам ЖКТ в течение 1 нед. и их влияния на работоспособность.

Всем пациентам проводилось лечение только методом телесно-ориентированной психотерапии: холистическим пульсационным массажем. Каждый участник получил 10 сеансов дважды в неделю длительностью в 1 ч каждый [3, 5].

### *Результаты исследования и их обсуждение*

По результатам первичного определения выраженности ситуационной и личностной тревоги, а также индивидуальной оценки выраженности симптомом функционального заболевания в первой группе (A1: функциональная загрудинная боль пищеводного происхождения) у всех пациентов эпизоды загрудинной боли отмечались от 2 до 4 дней в неделю (100%), их интенсивность варьировала от 3 до 6 баллов по ВАШ, у 1 участника нарушала трудоспособность за счет необходимости обращаться за медицинской помощью. Уровень ситуационной тревожности был умеренный у 1 пациента (33%), высокий у 2 (66,66%), а уровень личностной тревожности был высоким у всех пациентов группы (100%).

Во второй группе (B1b: синдром эпигастральной боли) частота эпизодов боли варьировала от 2 до 5 в неделю, с интенсивностью от 3 до 6 баллов по ВАШ у 3 участников (42,85%), у 4 не более двух эпизодов в 1 нед. с интенсивностью от 3 до 7 баллов по ВАШ (57,14%). При этом 5 пациентов (71,4%) имели высокий уровень ситуационной и личностной тревоги, а 2 (28,6%) – умеренные уровни соответственно.

В третьей группе (С1: синдром раздраженного кишечника) все пациенты (6 человек – 100%) имели ежедневные симптомы, снижающие удовлетворенность качеством жизни, при этом высокий уровень реактивной и личностной тревоги отмечался у 5 пациентов (83,33%), а умеренные уровни – у 1 пациента (16,66%).

По завершении курса холистического массажа уровень тревожности и распределение интенсивности клинических симптомов изменились следующим образом: в 1 группе у всех участников (100%) уровень реактивной тревожности снизился на одну ступень (с высокой на умеренную и с умеренной на низкую), при этом личностная тревожность до умеренной снизилась у 2 пациентов (66,66%), симптомы пищеводных болей прекратились у 2 пациентов (66,6%), у 1 (33,3%) частота болевых эпизодов уменьшилась до 2 в месяц.

Во 2 группе у 6 участников (85,7%) ситуационная тревожность уменьшилась на одну ступень (с высокой на умеренную и с умеренной на низкую), личностная уменьшилась с высокой до умеренной и с умеренной до низкой у 5 человек (71,42%). При этом эпизоды эпигастральной боли прекратились у 4 участников (57,14%) и уменьшились до 2 в неделю с интенсивностью 2–4 балла по ВАШ у 3 (18,75%).

В 3 группе высокий уровень ситуационной тревоги снизился до умеренного у 4 пациентов (66,6%), не изменился у 2 (33,3%), а уровень личностной тревожности снизился до умеренного у 3 участников (50%). При этом прекращение симптомов отмечалось у 1 пациента (16,6%), снижение частоты дней с симптомных эпизодов до 2–3 в неделю у 3 (50%), отсутствие изменений – у 2 пациентов (33,3%).

### ***Выводы***

1. Холистический массаж продемонстрировал свою эффективность в снижении уровня ситуационной тревожности и выраженности симптомов функциональных расстройств ЖКТ: в 81,25% случаев ситуационная тревожность снизилась с высокой до умеренной или с умеренной до низкой, у 87,5% пациентов симптомы прекратились или снизились их частота и интенсивность.

2. Наибольшую эффективность метод продемонстрировал у пациентов с синдромом эпигастральной боли: ситуационная тревожность снизилась почти у всех участников группы (85,7%), а облегчение или прекращение симптомов отметили все участники группы.

3. Личностная тревожность снизилась у 62,5% участников исследования, однако это снижение не коррелировало с облегчением или прекращением симптомов функциональных заболеваний. Снижение же реактивной тревожности коррелировало с клиническим улучшением у всех пациентов.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Эволюция представлений о функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта в свете Римских критериев IV пересмотра (2016 г.) / Д. Н. Андреев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2017. – Т. 27, № 1. – С. 4–11.
2. *Drossman, D. A.* Rome IV-Functional GI Disorders: Disorders of Gut-Brain Interaction / D. A. Drossman, W. L. Hasler // *Gastroenterology*. – 2016. – Vol. 150, № 6. – С. 1257–1261.
3. *Есаулов, В. И.* Опыт применения различных психотерапевтических техник в лечении пациентов с синдромом раздраженного кишечника [Электронный ресурс] / В. И. Есаулов // *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 6. – Режим доступа: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25468>. – Дата доступа: 12.09.2024.
4. Роль висцеральной гиперчувствительности в патогенезе синдрома раздраженного кишечника / А. А. Макарова [и др.] // *Терапевтический архив*. – 2021. – Т. 93, № 8. – С. 969–974.
5. *Леви, Т. С.* Телесно-ориентированная психотерапия: специфика, возможности, механизмы воздействия / Т. С. Леви // *Научные труды Московского гуманитарного университета*. – 2019. – № 3. – С. 15–22.

УДК 616-056.52-098-055.2

*М. Г. Кононов<sup>1</sup>, А. В. Коротаев<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр  
радиационной медицины и экологии человека»

г.Гомель, Республика Беларусь

## ВИСЦЕРАЛЬНОЕ ОЖИРЕНИЕ У ЖЕНЩИН С КОМПОНЕНТАМИ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

### *Введение*

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (инфаркт миокарда, инсульт) и сахарный диабет (СД) лидируют среди причин смертности, поэтому профилактика этих заболеваний – важная проблема современного здравоохранения. В основе профилактики любого социально значимого заболевания лежит борьба с факторами риска. Главным и обязательным критерием метаболического синдрома (МС) является абдоминальное ожирение, т. е. ожирение, при котором жировая ткань откладывается преимущественно в области живота. Иногда такое ожирение называют ожирением «по типу яблока», или «андроидным». Отложение жира преимущественно в области бедер и ягодиц («по типу груши», «гиноидное») не имеет столь неблагоприятных последствий и в качестве критерия МС не рассматривается. Диагностика МС имеет большое клиническое значение, поскольку это состояние является обратимым [1, 2].

Известно, что увеличение массы висцерального жира способствует снижению чувствительности периферических тканей к инсулину и гиперинсулинемии, которые вызывают развитие нарушений углеводного и липидного