

Из общего числа респондентов, принявших участие в анкетировании, трудности с засыпанием испытывают 17%, поверхностный, неглубокий сон с частыми пробуждениями – 5,2%, чувство невыспанности, усталости при пробуждении утром – 28,1%, не бывает трудностей с засыпанием у 49,7% респондентов.

### **Выводы**

Таким образом в результате всего исследования отмечалось, что для большинства респондентов обучающихся в медицинском университете характерны симптомы вегетативной дисфункции, которые возможно могут быть связаны с напряженной учебной деятельностью. Наиболее часто встречаемые синдромы: покраснение лица, онемение или похолодание пальцев кистей и стоп, повышенная потливость, приступообразные головные боли.

Для дальнейшей оценки проявления СВД у учащейся молодежи необходимы дополнительные исследования с опорой на клинические случаи.

Следует отметить, что подавляющая доля вегетативных расстройств носит вторичный характер, маскируя симптомы заболеваний различных систем и органов. Своевременная диагностика и лечение подобных нарушений способствует скорейшему выздоровлению, улучшает социальную адаптацию, повышает умственную и физическую работоспособность и, главное, профилактирует развитие психосоматической патологии.

### **СПИСОК ИСПОЛЪЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Синдром вегетативной дисфункции у детей и подростков / Л. С. Чутко [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова: – М. : 2018. – Т. 118. – № 1. – С. 43–49.
2. Левин, О. С. Неврология. Справочник практического врача / О. С. Левин, Д. Р. Штульман. – 7-е издание. – М. : 2017. – 20 с.
3. Курушина, О. В. Справочник фельдшера и акушерки № 4. Панические атаки: симптом патологии или «придуманное» заболевание / О. В. Курушина, А. Е. Барулин. – М. : 2016. – 40 с.

**УДК 616.891.6-052-06**

**А. А. Бондаренко, М. Н. Лосева**

*Научный руководитель: старший преподаватель кафедры А. Н. Цырульникова*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ У КОМОРБИДНЫХ ПАЦИЕНТОВ**

### **Введение**

Сегодня каждый 14-й житель Земли страдает тревожным расстройством. Сравните: в XIX веке тревогой страдало 0,05% от всей популяции, в середине XX века – 5%, к концу XX века – более 20%. А к 2025 году тревожные расстройства выйдут на второе место среди всех заболеваний в качестве причины неявки на работу и потери трудоспособности после сердечно-сосудистых – таков прогноз ВОЗ и Всемирной психиатрической ассоциации [1, 2].

Частая тревожность может влиять на функции других физиологических систем – иммунной, эндокринной и сердечно-сосудистой, что сопровождается повышенным риском развития различных заболеваний (сердечно-сосудистых, сахарного диабета, метаболического синдрома нервно-психических расстройств).

В последнее время активно изучается влияние тревоги на развитие и прогноз сердечно-сосудистых заболеваний. Артериальной гипертензией в Республике Беларусь сегодня болеют около 2 млн человек. И количество заболевших увеличивается на 25–30 тыс. еже-

годно. Последние исследования показывают, что симптомы тревоги присутствуют примерно у половины больных артериальной гипертензией (АГ), ишемической болезнью сердца (ИБС). Наличие тревоги не только ухудшает клиническое течение заболевания и прогноз, но и значительно снижает качество жизни больных с артериальной гипертензией [3, 4].

### **Цель**

Оценить риск развития тревожных расстройств у коморбидных пациентов.

### **Материал и методы исследования**

Исследование проводилось на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3». В исследовании приняло участие 40 пациентов с коморбидной патологией в возрасте от 50 до 87 лет. Было выявлено 5 различных коморбидных патологий, а именно: ишемическая болезнь сердца (ИБС), фибрилляция предсердий (ФП), артериальная гипертензия (АГ), сахарный диабет (СД), ожирение. Отдельно исследовался критерий наличия артериальной гипертензии 1 и 2 степени.

Для оценки риска тревожных расстройств использовалась шкала тревоги Бека, которая включает 21 вопрос. Значение до 21 балла включительно свидетельствует о незначительном уровне тревоги, от 22 до 35 баллов означает среднюю выраженность тревоги, выше 36 баллов (при максимуме в 63 балла) свидетельствует об очень высокой тревоге [5].

Статистическая обработка проводилась с помощью программы Microsoft Excel. Все пациенты дали информированное согласие на участие в опросе.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

По данным исследования общий процент пациентов с высоким уровнем тревоги составил 40%, средним уровнем – 17,5%, незначительным уровнем – 42,5%. Процент высокого уровня тревоги у женщин значительно больше, чем у мужчин (женщины – 50%; мужчины – 30%). Так же разнятся показатели среднего уровня тревоги: у женщин – 25%, у мужчин – 10%. Показатели незначительного уровня тревоги преобладают у мужчин (60 и 25% у мужчин и женщин соответственно). Сравнительная характеристика представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Оценка уровня тревоги в зависимости от пола, %

| Уровень тревоги                | Общий процент | Женщины | Мужчины |
|--------------------------------|---------------|---------|---------|
| Высокий уровень тревоги        | 40            | 50      | 30      |
| Средний уровень тревоги        | 17,50         | 25      | 10      |
| Незначительный уровень тревоги | 42,50         | 25      | 60      |

На основании степени артериальной гипертензии все пациенты были разделены на 2 подгруппы: пациенты с 1 степенью АГ (n = 12) и со 2 степенью АГ (n = 28), так же риск оценивался в зависимости от пола. По данным таблицы № 2 было выявлено: женщины с АГ 2 степени значительно больше подвержены развитию тревожных расстройств (высокий риск – 73,3%), чем женщины с АГ 1 степени (высокий риск – 0%) и мужчины с АГ 1 и 2 степени (высокий риск 28,5 и 30,8% соответственно). Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Оценка уровня тревоги в зависимости от степени артериальной гипертензии, %

| Степень артериальной Гипертензии | Высокий |       | Средний |       | Незначительный |       |
|----------------------------------|---------|-------|---------|-------|----------------|-------|
|                                  | жен     | муж   | жен     | муж   | жен            | муж   |
| АГ 1 степени                     | 0       | 28,50 | 60      | 0     | 40             | 71,50 |
| АГ 2 степени                     | 73,30   | 30,80 | 20      | 15,40 | 6,70           | 54    |

В результате анализа коморбидного состояния у 40 пациентов были установлены 5 основных групп сочетанной патологии: 1 группа включала в себя: ИБС + АГ + ФП, в которой высокий риск развития тревожных расстройств составил 20%, средний – 26,7% и незначительный – 53,3%; 2 группа: ИБС + ФП + АГ + ожирение, в которой высокий риск развития тревожных расстройств составил 50%, средний – 50% и незначительный – 0%; 3 группа: ИБС + СД + АГ, в которой высокий риск развития тревожных расстройств составил 25%, средний – 0% и незначительный – 75%; 4 группа: ИБС + СД + АГ + ожирение, в которой высокий риск развития тревожных расстройств составил 82,7%, средний – 0% и незначительный – 14,3%; ИБС + АГ + ожирение в которой высокий риск развития тревожных расстройств составил 50%, средний – 0% и незначительный – 50%. Данные анализа коморбидных пациентов представлены в таблице 3.

Таблица 3 – Оценка уровня тревоги в зависимости от сочетанной патологии, %

| Показатели               | Высокий | Средний | Незначительный |
|--------------------------|---------|---------|----------------|
| ИБС + ФП + АГ            | 20      | 26,70   | 53,30          |
| ИБС + ФП + АГ + ожирение | 50      | 50      | 0              |
| ИБС + СД + АГ            | 25      | 0       | 75             |
| ИБС + СД + АГ + ожирение | 85,70   | 0       | 14,30          |
| ИБС + АГ + ожирение      | 50      | 0       | 50             |

### **Выводы**

1. Тревога была выявлена у всех обследованных коморбидных пациентов, при этом высокий и низкий уровни тревоги отмечаются почти в равной степени.

2. Высокий риск развития тревожных расстройств наблюдается у пациентов женского пола, у мужчин превалировал средний и незначительный риск развития тревоги.

3. Пациенты женского пола с артериальной гипертензией 2 степени имеют более высокий риск развития тревожных расстройств по сравнению с пациентами женского пола с артериальной гипертензией 1 степени и пациентами мужского пола с артериальной гипертензией 1 и 2 степени.

4. Высокий риск развития тревожных расстройств отмечается у пациентов с наиболее выраженной коморбидной патологией, сочетающей сердечно-сосудистую, метаболическую патологии и ожирение.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Цырульникова, А. Н. Оценка показателей тревоги и депрессии у пациентов с артериальной гипертензией / А. Н. Цырульникова // Актуальные вопросы педиатрии. Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 30-летию кафедры педиатрии ГомГМУ. – 2021. – С. 43–47.
2. Оганов, Р. Г. Изучение качества жизни у больных гипертонической болезнью / Р. Г. Оганов, Г. Ф. Андреева // Тер. архив. – 2002. – № 15. – С. 8–16.
3. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Р. Г. Оганов [и др.]. // Кардиология. – 2007. – № 8. – С. 28–37.
4. Диагностика и лечение артериальной гипертензии. Российские рекомендации (четвертый пересмотр) / И. Е. Чазова [и др.]. // Системные гипертензии. – 2010. – № 3. – С. 5–26.
5. Сычев, К. И. Эффективная психотерапия для тех, кто устал от депрессии, тревоги и непонимания / К. И. Сычев // Системные гипертензии – 2022. – № 3. – С. 109–112.