

Оценивая физическое функционирование более 58 баллов отмечено в 50% случаев в возрастной группе от 45 до 59 лет, у 40% женщин и 60% пациентов мужского пола. По социальному функционированию более 78 баллов отмечено у 33% пациентов той же возрастной группы, у 20% мужчин и 80% пациентов женского пола.

Антропометрические показатели, независимо от компонентов здоровья и составляющих его шкал по результатам опросника SF-36, превышали целевые показатели.

### **Выводы**

При оценке уровня качества жизни пациентов многопрофильного стационара с использованием опросника SF-36, отмечено наименьшее количество баллов по роли физических и эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности в возрастной группе от 60 до 74 лет, независимо от пола пациентов. Лучшие показатели отмечены по роли физического и социального функционирования в возрастной группе от 45 до 59 лет и значимым гендерным фактором. Независимо от количества набранных баллов, согласно опроснику SF-36, определяющих компоненты здоровья, антропометрические показатели превышали целевые значения.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Изучение качества жизни больных артериальной гипертензией на основании использования опросника SF-36 / Д. Н. Даулетбакова, М. В. Мирзаева, А. К. Рамазанова [и др.] // Молодой ученый. – 2018. – № 23 (209). – С. 23–28.
2. Булгакова, Е. Д. Качество жизни пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и метаболическим синдромом / Е. Д. Булгакова // Исследования молодых ученых : материалы LXXXI Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2024 г.). – Казань : Молодой ученый, 2024. – С. 159–165.

**УДК 616.8-008.64:616.33/.34-052-082.4**

**Ю. Н. Гасаналиева, Хашма Абдул Саттар, Мохаммед Эль Гали**

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. Г. Малаева*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **СКЛОННОСТЬ К ТРЕВОГЕ И ДЕПРЕССИИ ПАЦИЕНТОВ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

### **Введение**

Полное психическое здоровье – важный аспект общего благополучия человека. Склонность к тревоге и депрессии у пациентов гастроэнтерологического отделения является важной и актуальной темой, которая требует внимательного изучения. Психосоциальное состояние пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта существенно влияет на их качество жизни, а также на эффективность лечения [1].

### **Цель**

Проанализировать распространенность тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями.

### **Материал и методы исследования**

Проведено проспективное одноцентровое исследование 30 пациентов гастроэнтерологического отделения ГУЗ ГТКБ № 3 в январе 2025 года с использованием шкалы HADS. В исследование были включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении. В общей сложности анкетирование было проведено у 30 пациентов, из которых 18 пациентов – мужчины, 12 – женщины.

Критерии включения: наличие гастроэнтерологического заболевания, возраст от 18 лет, способность самостоятельного заполнения анкеты.

Критерии исключения: наличие тяжелых психических расстройств, требующих специализированное лечение, и острые состояния, требующие незамедлительного медицинского вмешательства.

Для оценки уровня тревоги и депрессии была использована шкала HADS, которая включает в себя 14 вопросов: 7 для оценки тревоги, 7 для оценки депрессии. Каждый вопрос оценивается от 0 до 3 баллов. Интерпретация результатов проводится по представленной в шкале градации, где:

0–7 баллов – «норма» (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги и депрессии),

8–10 баллов – «субклинически выраженная тревога/депрессия»,

11 баллов и выше – «клинически выраженная тревога/депрессия» [2, 4].

Анкеты были распространены среди пациентов в гастроэнтерологическом отделении во время их пребывания в стационаре. Участникам была предоставлена информация о цели исследования, а также гарантии конфиденциальности и анонимности.

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

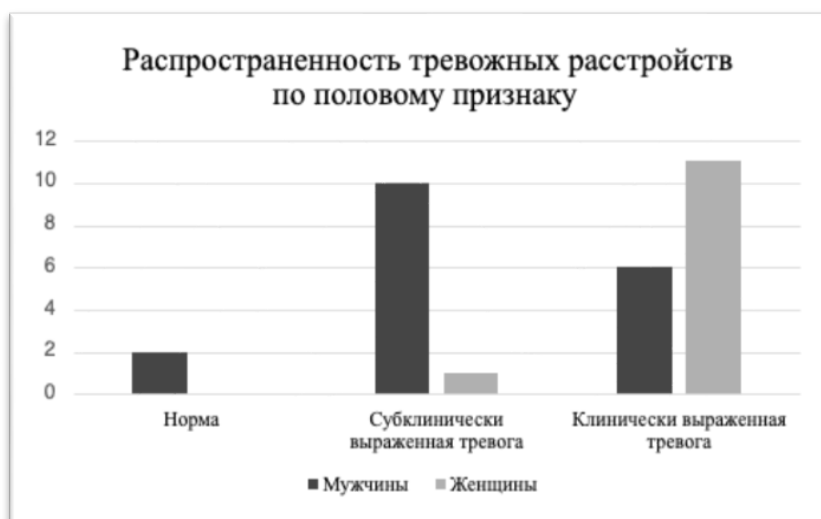
Пациенты, давшие согласие на заполнение анкеты, были разделены на группы по полу, возрасту и заболеваниям.

Таблица 1 – Распространенность тревожных расстройств среди групп пациентов с различными заболеваниями

| Заболевания                                               |                                                                      | Норма, % | Субклинически выраженная тревога, % | Клинически выраженная тревога, % |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки            | Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки              | 0        | 33,3                                | 66,7                             |
| Заболевания печени, желчного пузыря, поджелудочной железы | Цирроз печени                                                        | 0        | 50                                  | 50                               |
|                                                           | Хронический панкреатит в стадии обострения                           | 0        | 50                                  | 50                               |
|                                                           | Желчнокаменная болезнь                                               | 0        | 0                                   | 100                              |
|                                                           | Гемохроматоз                                                         | 100      | 0                                   | 0                                |
|                                                           | Аутоиммунный гепатит                                                 | 0        | 100                                 | 0                                |
| Заболевания кишечника                                     | Воспалительные заболевания кишечника (язвенный колит, болезнь Крона) | 14,3     | 28,6                                | 57,1                             |
|                                                           | Синдром раздраженного кишечника                                      | 0        | 0                                   | 100                              |

Для интерпретации результатов анкетирования была использована классификация возрастных групп, предложенная Всемирной Организацией Здравоохранения [3].

По результатам анализа заполненных анкет были составлены диаграммы, отображающие распространенность тревожных расстройств по половому признаку (рисунок 1) и распространенность тревожных расстройств в различных возрастных группах (рисунок 2).



*Рисунок 1 – Распространенность тревожных расстройств по половому признаку*



*Рисунок 2 – Распространенность тревожных расстройств в различных возрастных группах*

1. Среди пациентов гастроэнтерологического отделения 93,3% испытывают тревогу.
2. Женщины более подвержены тревожным и депрессивным расстройствам, чем мужчины, вне зависимости от возрастной группы, что может объясняться повышенной лабильностью нервной системы у представительниц женского пола.
3. Мужчины пожилого возраста более подвержены тревожно-депрессивным расстройствам, чем молодые мужчины.
4. Среди пациентов, испытывающих тревогу, у 17,5% выявлена субклиническая депрессия, что показывает отсутствие прямой зависимости влияния тревожных расстройств на развитие депрессии.
5. Пациенты с желчнокаменной болезнью наиболее подвержены тревожным расстройствам, что вполне может объясняться наличием сильного болевого синдрома, который значительно снижает качество жизни пациентов.

### **Выводы**

В результате проведения проспективного одноцентрового исследования 30 пациентов гастроэнтерологического отделения ГУЗ ГКБ № 3 в январе 2025 года с использованием

шкалы HADS, было выявлено, что почти все пациенты испытывают тревожные расстройства, но не испытывают депрессию. К наличию тревожных расстройств могут предрасполагать женский пол, пожилой возраст, течение заболевания и выраженности симптомов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России “Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника”
2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) [сайт]. – URL: <https://omnidocor.ru/upload/iblock/fe3/uw2s0tv80wv8pqhsjl9tkkprje89spz5i.pdf> (дата обращения 03.01.2025).
3. Классификация взрослого населения по возрастным группам [сайт]. – URL: <https://www.who.int/ru> (дата обращения 13.01.2025).
4. Морозова, М. А. Валидация русскоязычной версии Госпитальной шкалы тревоги и депрессии в общей популяции / М. А. Морозова [и др.] // Профилактическая медицина. – 2023. – Т. 26. – №. 4. – С. 7–14.

УДК 616.36:616.379-008.64

Ю. А. Гончарова

*Научный руководитель: к.м.н., доцент Е. С. Махлина*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### ОЦЕНКА ЗНАЧИМОСТИ РАСЧЕТНЫХ ИНДЕКСОВ СТЕАТОЗА ПЕЧЕНИ И ФИБРОЗА ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

#### **Введение**

Сахарный диабет 2 типа (СД2) занимает ведущее место в снижении качества жизни и формировании ранней инвалидизации среди населения [1]. Адекватный контроль гликемии является ведущим фактором в профилактике развития осложнений СД2. Неалкогольная жировая болезнь печени (НАЖБП) за последние несколько десятилетий стала самым распространенным заболеванием печени во всем мире (от 15 до 70% населения) [2]. Непрерывный рост заболеваемости НАЖБ ассоциирован, прежде всего, с увеличением распространенности в популяции факторов риска заболевания: ожирения, сахарного диабета, а также гипер- и дислипидемии [3]. Актуальность изучения НАЖБП обусловлена: 1) высокой встречаемостью, 2) возможностью прогрессирующего течения заболевания от стеатоза и стеатогепатита до фиброза и цирроза печени, а также ассоциированной с ним аденокарциномы [3]. В основе патогенетического механизма СД2 и стеатоза печени лежит инсулинорезистентность, и несомненно взаимно отягощающее влияние данных заболеваний. Так, НАЖБП в 2 раза увеличивает риск развития СД2, а СД2 увеличивает риск развития НАЖБП и ее прогрессирование в 55,5% случаев [4, 5].

#### **Цель**

Провести оценку уровня расчетных индексов стеатоза печени (HSI, St-index), индекса фиброза печени (FIB-4), а также оценить наличие взаимосвязи данных расчетных показателей с показателями метаболического контроля у пациентов с СД2.

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

В исследование включены 30 пациентов с СД2 (15 мужчин и 15 женщин) находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГУ «РНПЦРМ и ЭЧ» г. Гомеля. Были определены клинические данные, включая индекс массы тела (ИМТ), и лабораторные данные: гликированный гемоглобин (HbA1c), АЛТ, АСТ, общий холестерин (ОХ), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой