

Клиническая группа, в отличие респондентов из контрольной группы преимущественно подвержена таким психопатологическим изменениям как межличностная сензитивность (в 1,44 раза выше, чем у группы контроля), обсессивно-компульсивные расстройства (выше в 1,6 раз), враждебность (выше в 1,45 раз). Уровень такого показателя как депрессия был наиболее высоким по сравнению с контрольной группой (выше в 1,65 раз).

Общее число симптомов, на которые опрашиваемые дали утвердительные ответы (индекс PST) был равен 54,1 — в клинической группе и 35,5 — в группе контроля (таблица 1). Общий индекс тяжести симптомов GSI, характеризующий количество симптомов и интенсивности переживаемого почти в два раза был выше у молодых людей с вульгарным акне. При этом индекс наличного симптоматического дистресса (PDSI), который применяется как индикатор типа реагирования на взаимодействия (усиливает ли или преуменьшает испытываемый симптоматический дистресс при ответах) существенно не отличался.

#### **Выводы**

У респондентов с вульгарным акне были выявлены более выраженные показатели психопатологической симптоматики по всем шкалам. Мы можем предположить, что эти люди более подвержены развитию депрессии, появлению тревоги и могут испытывать более заметный дискомфорт в процессе межличностного взаимодействия. Пациенты с вульгарным акне сложнее адаптируются в социальной среде, что снижает уровень общения, качество жизни.

Несмотря на то, что данное заболевание не представляет существенной угрозы для жизни пациента, все же отрицательное влияние психологических факторов может негативно сказываться на течении заболевания, вызывая осложнения и затруднения ее терапии, что определяет медицинскую и социальную значимость этой проблемы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Body image disturbance in patients with acne vulgaris / W. Bowe [et al.] // J Clin Aesthet Dermatol. — 2011. — № 4 (7). — P. 35–41.
2. Litus, A. Osobennosti psioehmotsional'nyh narushenij i kachestva zhizni v zavisimosti ot tyazhesti i formy acne u zhenchichin s besplodiem [Features of psychoemotional disorders and quality of life depending on the severity and form of acne in women with infertility] / A. Litus, O. Zadnipryanaya // Zdorov'e zhenshchiny. — 2017. — № 7. — P. 72–76.

**УДК 616.36-004.4:616.89-008.441.13-07**

### **СКРИНИНГ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ**

*Поддубный А. А.*

**Научные руководители: д.м.н., доцент В. М. Мицура;  
д.м.н., доцент И. М. Сквиря**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

История показывает, что употребление алкогольных напитков, полученных путем брожения, и, как следствие, развитие патологии печени существует со времен неолита (около 10 тыс. лет до н. э.) [1]. Алкогольная болезнь печени (АБП) является преобладающей причиной развития цирроза печени (ЦП) в странах Европы и ведущая причина смерти взрослых лиц, имеющих синдромом алкогольной зависимости [2]. Цирроз печени — хроническое диффузное заболевание печени, характеризующееся нарушением ее нормального строения в результате разрушения (некроза) и уменьшения массы функционирующих клеток (гепатоцитов), развития соединительной ткани (фиброза) и узлов регенерации [3].

В настоящее время порядок оказания помощи пациентам с циррозами печени регламентирован Клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения» от 01.06.2017 г. [4], согласно которому пациентам с заболеваниями печени необходимо проходить тестирование CAGE и AUDIT. Результаты теста CAGE (3 или 4 балла) указывают на высокую вероятность наличия синдрома алкогольной зависимости (АЗ), результаты теста AUDIT (8 баллов или более) указывают на злоупотребление алкоголем [5]. Наиболее характерными показателями наличия АЗ являются повышенный уровень  $\gamma$ -ГТП в 3–4 раза, коэффициент  $\gamma$ -ГТП/АЛТ больше 1, повышенное содержание АСТ, АСТ/АЛТ больше 1. Данная методика предложена в инструкции по применению «Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени» (В. М. Мицура, И. М. Сквиря, 2010). Согласно данной методике, наличие трех и более из представленных выше критериев характерно для АЗ (чувствительность 75 %, специфичность 89 %) [6].

#### **Цель**

Оценить распространенность признаков алкогольной зависимости среди пациентов с циррозами печени в инфекционном гепатологическом отделении.

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

Выполнен ретроспективный анализ 160 историй болезни пациентов с ЦП в отделении хронических вирусных гепатитов Гомельской областной инфекционной клинической больницы за 2018 г. С целью выявления синдрома АЗ и злоупотребления алкоголем проводился опрос с использованием тестов CAGE и AUDIT, согласно клиническим протоколам и инструкции [4, 5].

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

Для диагностики поражения печени алкогольной этиологии, согласно инструкции [4], учитывались показатели АЛТ, АСТ,  $\gamma$ -ГТП, соотношение  $\gamma$ -ГТП к АЛТ, соотношение АСТ к АЛТ.

У 77,7 и 91,9 % пациентов были увеличены уровни АЛТ и АСТ соответственно. Значительное увеличение  $\gamma$ -ГТП имелось у 68,8 % пациентов, соотношение  $\gamma$ -ГТП к АЛТ у 56,7% пациентов, соотношение АСТ к АЛТ увеличено у 79,4 % пациентов.

Повышенные показатели (три и более) имели 72,5 % пациентов, что косвенно указывает на наличие поражения печени алкогольной этиологии.

Для определения алкогольной зависимости, использовали тест CAGE, состоящий из 4 вопросов, и тест AUDIT, имеющий 10 вопросов. 21,4 % пациентов имели положительный результат по тесту CAGE (3–4 балла) и 14,3 % пациентов по тесту AUDIT (8 баллов и более).

По двум тестам положительный результат имели 14,3 % пациентов, что указывает на несомненное наличие АЗ и употребление опасных доз алкоголя у таких пациентов. В то же время, среди проанализированных пациентов по данным историй болезни только у 4,4 % выставлен диагноз алкогольного цирроза печени.

#### **Выводы**

В клинической практике диагностика алкогольной зависимости и алкогольной этиологии поражений печени нуждается в улучшении. Алкогольный цирроз печени и вирусно-алкогольные поражения диагностируются только у 4,4 % пациентов, что не соответствует данным литературы. Применение опросников CAGE и AUDIT позволяет повысить выявляемость алкогольных поражений печени до 14,3 %. Согласно косвенным лабораторным критериям, можно предполагать поражение печени алкогольной этиологии у 72,5 % пациентов. Для повышения эффективности диагностики АЗ у пациентов с ЦП необходимо в повседневную практику врачей различных специальностей внедрить эффективные алгоритмы, включающие комплексный подход. Для этого нуж-

но провести клинический осмотр и опрос пациента, учесть результаты анкетирования (тесты CAGE и AUDIT), данные лабораторных методов исследования ( $\gamma$ -ГТП, уровни АЛТ и АСТ, соотношение ГТП к АЛТ). Это позволит сформировать у таких пациентов установку на абсолютную трезвость и достижение ремиссии, что поможет замедлить прогрессирования цирроза печени.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Морозова, О. А. Сравнительный анализ зарубежных и отечественных подходов к профилактике пьянства и алкоголизма у военнослужащих / О. А. Морозова // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы: сб. матер. Всерос. науч.-практ. конф. (24–25 ноября 2011 г.). — СПб.: АЙСИНГ, 2011. — С. 35–41.
2. Mathurin, P. Trends in the epidemiology and treatment of alcoholic liver disease / P. Mathurin, R. Bataller // Journal of Hepatology — 2015 — Vol. 6. — P. 38–46.
3. Петров, В. Н. Цирроз печени / В. Н. Петров, В. А. Лапотников // Российский семейный врач. — 2011. — № 3. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsirroz-pecheni-1> (дата обращения: 23.03.2020).
4. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения». — URL: [http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077\\_838640\\_54gastro.pdf](http://minzdrav.gov.by/upload/dadvfiles/001077_838640_54gastro.pdf). (дата обращения: 25.03.2020).
5. Алгоритм клинической диагностики алкогольной болезни печени / Ю. В. Горгун [и др]. — Минск: БелМАПО, 2013. — 12 с.
6. Мицюра, В. М. Алгоритм выявления алкогольной зависимости у пациентов с хроническими заболеваниями печени / В. М. Мицюра, И. М. Сквиря. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — 22 с.

УДК 616.891.6-057.875

### УРОВЕНЬ ТРЕВОЖНОСТИ И ОЦЕНКА ЕГО ПОНИМАНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

*Филиппова А. Д., Демьяненко В. А., Кротенок К. С., Моисеенко В. В.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент *И. М. Сквиря*

Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

В той или иной мере каждый человек испытывает тревогу. Делает он это осознанно или подсознательно. Тревога по определению отрицательно окрашенная эмоция, вызывающая ощущение неопределенности и предчувствия отрицательных событий. Однако не все так однобоко, как может показаться на первый взгляд. Разделим тревогу на две группы: ресурсная и невротическая. В первом случае она является нашим двигателем, заставляющим неравнодушно относиться к людям, работе и происходящему вокруг. При появлении опасности для реализации какого-либо из трех главных инстинктов, тревога становится тем самым механизмом для ее преодоления.

В современном мире нет угроз такого уровня, поэтому наш мозг придумывает себе их сам. Таков механизм развития второй ее версии, являющейся иррациональной и приводящей к изменению потенциала мысли человека.

#### **Цель**

Определить уровень тревожности и его понимания среди студентов.

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

В ходе исследования в 2020 г. по специально разработанной нами анкете были опрошены 200 студентов белорусских вузов. Анкета включала в себя 13 вопросов, 12 из которых предлагались респондентам как вопросы-меню, и 1 вопрос предполагал развернутый ответ. По всем вопросам было три варианта ответа, соответствующие степени тревожности и уровню ее понимания, по которым испытуемые и были разделены на три подгруппы сравнения. Первая подгруппа — высокий уровень тревожности, не подвергающийся анализу со стороны студентов (невротическая). Вторая подгруппа — тревожность у студентов, показывающих достаточный уровень осмысленности по данному вопросу (ресурсная). Третья подгруппа — низкий уровень тревожности.