

сколькo ниже, чем в группе пациентов с ХГС, однако, обе исследуемые группы находятся в пределах низкого УТ. УТ у пациентов с ХГС до 40 лет и старше 40 лет статистически не значим ( $p = 0,93$ ). У пациентов контрольной группы до 40 лет показатель УТ составил  $35,3 \pm 1,4$ , старше 40 лет —  $30,4 \pm 1,0$  ( $p = 0,044$ ).

### **Выводы**

Показатели уровня тревоги у мужчин и женщин в группе пациентов с ХГС и контрольной группе статистически не значимы ( $p = 0,8$  и  $p = 0,84$  соответственно). Общий УТ у пациентов с ХГС —  $36,3 \pm 1,12$ , у пациентов контрольной группы —  $30,5 \pm 0,96$  ( $p = 0,0002$ ). Тревога не обусловлена только лишь наличием хронического заболевания, также следует учитывать индивидуальные особенности, а также специфику исследуемого заболевания и социально-экономические условия. Выраженность психических состояний у пациентов с гепатитом **и циррозом** зависит от степени тяжести заболевания: выраженности синдрома цитолиза и стадии фиброобразования в печени.

*Чрезмерная тревожность является распространенным эмоциональным расстройством у взрослых. Чаще всего это расстройство возникает на фоне бытовых проблем и ситуаций, которые сопровождаются неопределенностью (состояние здоровья родных, неприятности на работе, ожидание важных событий).*

При назначении соответствующего лечения пациентам с ХГС необходимо провести исходную оценку психического состояния, поскольку ПВТ может вызвать и обострить депрессию. Медикаментозная терапия в сочетании с психотерапией остается основным методом лечения тревожных расстройств.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. — 2016. — Режим доступа: <http://www.euro.who.int>. — Дата доступа: 24.02.2016.
2. EASL International Consensus Conference on Hepatitis C. Consensus Statement. Journal of Hepatology. — 1999. — № 31. — P. 3–8.
3. Bourat, L. Attempted suicide during treatment of chronic viral hepatitis C with interferon / L. Bourat, D. Larrey, H. Michel // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1995. — № 19 (12). — 1063 p.
4. Тарасевич, Е. В. Связь тревоги и депрессии с общесоматическими заболеваниями / Е. В. Тарасевич // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. БелМАПО. — 2012. — № 2 (08). — С. 123–130.
5. Национальный интернет-портал Российской Федерации [Электронный ресурс] / Энциклопедия психодиагностики. — Режим доступа: <http://psylab.info>. — Дата доступа: 18.01.2016.
6. Бабак, О. Я. Клиническое значение и диагностическая тактика при повышении уровня трансаминаз в сыворотке крови при отсутствии клинических проявлений // Медицинский журнал «Искусство Лечения. Мистецтво лікування». — 2006. — Вып. № 8 (34).

УДК 616.5-004.1:616.891.6

## **ДЕЙСТВИЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ ФАКТОРОВ И УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ**

*Свентицкая А. Л., Стемпковская П. И.*

**Научные руководители: ассистент Л. А. Порошина; ассистент О. В. Дарчия**

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

### **Введение**

Ограниченную склеродермию (ОС) относят к мультифакториальным заболеваниям, в этиопатогенезе которого до настоящего времени остается много сложных и нерешенных аспектов. Патогенез ОС связывают главным образом с гипотезами обменных, сосудистых и иммунных нарушений. На возникновение ОС влияют также нарушения вегетативной нервной системы и нейроэндокринные расстройства. Принято рассматривать ОС как своеобразное аутоиммунное заболевание (АИЗ), в основе которого лежат аутоиммунные и воспалительные реакции на различные антигены [1, с. 56–58].

Известно, что индивидуальные особенности стрессовой реактивности — тревожность, депрессия, агрессивность — могут модулировать иммунные функции и влиять на клиническую активность многих хронических заболеваний, в том числе артериальной гипертензии (АГ), бронхиальной астмы (БА), а так же АИЗ [2]. Стресс так же может оказывать свое влияние и на течение склеродермии, учитывая его роль в возникновении иммунного дисбаланса, изменении состоянии сосудистого тонуса и микроциркуляции, развитии дистрофии тканей [1, с. 56–58]. В настоящее время множество исследований, проводимых в рамках модели «стресс-предрасположение», доказывают связь хронических психотравмирующих факторов, свойственных, в частности, пациентам, страдающим склеродермией, с развитием тревожно-депрессивных расстройств [3].

Для оценки уровня тревоги была использована шкала, разработанная Цунгом в 1971 г. (сокр. ZARS), которая является ценным инструментом для измерения тревоги и обладает всеми преимуществами шкал самооценки: информация поступает непосредственно от пациента, заполнение шкалы требует мало времени, простая процедура оценки [4].

### **Цель**

Определить уровень тревоги у пациентов, страдающих ОС; сравнить полученные результаты с контрольной группой пациентов; выявить наиболее характерные варианты психотравмирующих факторов для развития тревожных расстройств у пациентов с ОС.

### **Материал и методы исследования**

Под клиническим наблюдением находилось 40 пациентов с ОС в возрасте от 28 до 80 лет ( $p = 0,08$ ), с верифицированным диагнозом ограниченной склеродермии, получавших лечение в Гомельском областном клиническом кожно-венерологическом диспансере и Гомельской городской клинической больнице № 3. Критериями исключения из исследования служили: наличие в прошлом или в настоящий момент указаний на злокачественные новообразования кожи и внутренних органов, психические заболевания в стадии обострения.

Контрольную группу составили 20 пациентов в возрасте от 21 до 69 лет (средний возраст —  $48,2 \pm 5,1$  лет, медиана возраста — 52 года) с различными заболеваниями: с диагнозом АГ было обследовано 10 пациентов, с диагнозом пневмония — 5 пациентов, с диагнозом остеохондроз поясничного отдела позвоночника — 3 пациента, с диагнозом острый бронхит — 2 пациента.

Основную группу составили 20 пациентов с ОС в возрасте от 28 до 75 лет (средний возраст —  $62,9 \pm 2,7$  лет, медиана возраста 64 года). Сопутствующими заболеваниями у пациентов данной группы были: артериальная гипертензия у 12 пациентов, у 8 из которых определялся атеросклеротический кардиосклероз (АСКС); у 5 пациентов были обнаружены заболевания щитовидной железы, представленные в виде аутоиммунного тиреоидита (у 1 пациента), узлового зоба (у 3 пациентов), гипотиреоза (у 1 пациента). Хронический гастрит был выявлен у 2 пациентов, хронический пиелонефрит и цистит — у 2 пациентов и сахарный диабет (СД) II типа — у 3 пациентов. Витилиго было выявлено у 1 пациентки.

В данной работе были использованы методы параметрической (t-критерий Стьюдента) непараметрической статистики (критерий  $\chi^2$ ). Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета прикладных программ «Statistica» 6.0 (StatSoft, USA).

Шкала самооценки тревоги Цунга заполнялась пациентами около 3 мин после краткого инструктирования. Балл определялся в соответствии с 4 градациями степени выраженности симптома по каждому пункту: очень редко, редко, часто, большую часть времени или постоянно [4].

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

Уровень тревоги (в баллах) у пациентов основной группы составил  $44 \pm 2,0$ , у пациентов контрольной группы —  $35,6 \pm 2,3$  ( $p = 0,006$ ). В основной группе у 10 % пациентов был выявлен высокий уровень тревоги, у 75 % — средний уровень тревоги, у остальных 15 % пациентов полученные данные свидетельствовали о низком уровне тревоги, согласно шкале самооценки тревоги Цунга; в контрольной группе 60 % пациентов имели средний уровень тревоги, остальные 40 % — низкий ( $\chi^2 = 0,95$ ).

Психотравмирующие факторы, имеющие различное содержание и индивидуальную значимость, были выявлены у 50 % пациентов основной группы (тяжелая болезнь и смерть близкого человека отмечались у 3 пациентов в анамнезе жизни, у 7 пациентов заболеванию предшествовали семейные конфликты и разрыв отношений). Другая часть пациентов отметила переохлаждение (10 %) и длительное пребывание на солнце в летний период (10 %) в качестве важного фактора воздействия.

### **Выводы**

У 10 % пациентов с ОС был выявлен высокий уровень тревоги, у 75 % — средний. В группе контроля 60 % пациентов имели средний уровень тревоги ( $\chi^2 = 0,95$ ). Частота клинически значимой тревоги в основной группе пациентов была несколько выше, чем в основной группе, обе исследуемые группы находятся в пределах разных уровней тревоги. В подобранной контрольной группе общий уровень тревоги отличался от основной группы пациентов с ХГС, значит, тревога может быть обусловлена наличием хронического заболевания, также следует учитывать индивидуальные особенности стрессовой реактивности, а также специфику исследуемого заболевания.

Половина пациентов с ОС в качестве психотравмирующего фактора отмечали тяжелую болезнь и смерть родственников, семейные конфликты и разрыв отношений. Вследствие вышеизложенного, кроме индивидуально ориентированной фармакотерапии необходимо внедрять психотерапевтические методы и использовать комплексный подход с участием врачей-дерматологов и психотерапевтов.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Порошина, Л. А. Роль стрессового фактора в этиологии склеродермии / Л. А. Порошина, А. Л. Свентицкая // Специфические и неспецифические механизмы адаптации во время стресса и физической нагрузки: сборник научных статей I Респ. научно-практ. интернет-конф. с межд. участием. ГомГМУ, Гомель, 19 дек. 2014 г / Гом. гос. мед. ун-т, редкол.: Н. И. Штаненко [и др.]. — Гомель, 2014. — 132 с.
2. Лещинская, В. В. Сравнительный анализ психологических особенностей и психоиммунных взаимоотношений при бронхиальной астме и ревматоидном артрите: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.36 / В. В. Лещинская, Новосибирский мед универс. — Новосибирск, 2005. — 144 с.
3. Аронов, П. В. Роль стрессовых факторов в формировании структуры невротических расстройств у больных системной склеродермией: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.11 / П. В. Аронов. — М., 2013. — 175 с.
4. Национальный интернет-портал Российской Федерации [Электронный ресурс] / Энциклопедия психодиагностики. — Режим доступа: <http://psylab.info>. — Дата доступа: 18.01.2016.

УДК 796.093:[612.014.31:159.922]

## **СТРЕСС, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ НАПРЯЖЕНИЕ И ПСИХИЧЕСКАЯ САМОРЕГУЛЯЦИЯ СПОРТСМЕНОВ В СОРЕВНОВАТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ**

*Свентицкая А. Л., Леончик А. С.*

**Научные руководители: к.п.н., доцент Г. В. Новик; О. П. Азимок**

**Учреждение образования**

**Гомельский государственный медицинский университет**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

### **Введение**

Физическая подготовка спортсменов является педагогическим процессом, направленным на совершенствование физических качеств и достижение максимального спортивного результата [1].

Проблемы психического стресса и тревоги занимают особое место в практике подготовки, обучения и воспитания высококвалифицированных спортсменов [2].

В спорте стресс часто вызывается факторами, связанными с тренировочной нагрузкой или событиями личной жизни спортсмена. В данной ситуации стрессорами являются факторы внутренней и внешней среды, которые вызывают состояние напряжения. В наиболее общей классификации можно выделить стрессоры неопределенности и значимости, подразделяемые, в свою очередь, на внутренние и внешние. Стрессоры внутренней неопреде-