

Качество жизни студентов, занимающихся волейболом выше, чем у баскетболистов по всем показателям шкалы SF-36, кроме RE (роль эмоциональных проблем), где показатели одинаковые —  $68,7 \pm 4,9$  балла.

### **Выводы**

Опросник SF-36 оказался высокочувствительным инструментом для анализа уровня качества жизни у студентов, занимающихся в группах спортивных специализаций, и позволил количественно оценить различные его компоненты по 8 шкалам.

Результаты исследования показали, что уровень качества жизни у студентов, занимающихся в группах спортивной специализации по баскетболу снижено, проявляясь нарушением как физических, так и психоэмоциональных возможностей, причем у баскетболисток наиболее снижены показатели ролевого функционирования, эмоционального функционирования, показателя жизнеспособности и психического здоровья. У данной группы студентов может резко падать эмоциональный статус, значительно снижаться субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и, в целом, общего состояния здоровья.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Всемирный Интернет-портал [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. — 2015. — Режим доступа: <http://apps.who.int>. — Дата доступа: 29.02.2016.
2. Ware, J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual / J. E. Ware, M. Kosinski, S. D. Keller // The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. — 1994. — 8 p.
3. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. — СПб.: Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС. Звездный мир, 2002. — С. 22–29.

**УДК 612.821.33:616.36-002-036.12**

## **УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С**

*Свенцицкая А. Л.*

**Научный руководитель: д.м.н., доцент *Е. Л. Красавцев***

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

### **Введение**

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1/3 населения мира инфицирована различными видами гепатотропных вирусов. Среди пациентов, страдающих хроническими гепатитами преобладают лица трудоспособного возраста. Около 150 млн человек хронически инфицированы HCV (примерно в 10 раз больше, чем ВИЧ); более 350 тыс. человек умирают ежегодно от болезней, связанных с гепатитом С [1]. На долю хронического гепатита С (ХГС) приходится более 70 % всех хронических заболеваний печени [2].

Лечение ХГС остается малодоступным и слишком дорогостоящим для многих людей, которые в нем нуждаются. Тревога и депрессия, возникающая в ходе интерферонотерапии ХГС является одной из важнейших клинических проблем противовирусной терапии (ПВТ) и определяет степень приверженности больных к лечению, его полноценность, завершенность и успешность [3].

По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. тревога и депрессия будут занимать 2-е место после ишемической болезни сердца (ИБС) среди основных заболеваний, приводящих к инвалидности [4]. При легких психических расстройствах лечение гепатита С не откладывают, но одновременно с ним пациента консультируют у психиатра и (или) назначают антидепрессанты. При умеренной и тяжелой депрессии лечение гепатита С откладывают до тех пор, пока состояние пациента не улучшится. В некоторых случаях до начала лечения показан профилактический прием антидепрессантов.

Основным инструментом для оценки уровня тревоги являются опросники. Для оценки уровня тревоги (УТ), в данной работе была использована шкала, разработанная Цунгом в

1971 г. (сокращенно ZARS), которая является ценным инструментом для измерения тревоги и обладает всеми преимуществами шкал самооценки [5].

### **Цель**

Провести анализ УТ у пациентов, страдающих ХГС; сравнить полученные результаты показателей шкалы Цунга с контрольной группой.

### **Материал и методы исследования**

Обследовано 30 пациентов с ХГС: 16 мужчин, средний возраст которых составил  $38,5 \pm 3,4$  лет и 14 женщин (средний возраст —  $51,07 \pm 4,3$  года) в возрасте от 16 до 79 лет ( $p = 0,03$ ), которые находились на лечении и диспансерном наблюдении в Гомельской областной инфекционной больнице.

Для сравнения были обследованы 30 практически здоровых людей (контрольная группа), среди которых было 16 мужчин (средний возраст —  $47,9 \pm 1,7$  года) и 14 женщин (средний возраст —  $47,6 \pm 1,7$  года) в возрасте от 34 до 68 лет ( $p = 0,58$ ).

Средний возраст пациентов с ХГС составил  $44,3 \pm 2,8$  года, медиана возраста 43 года, средний возраст пациентов контрольной группы —  $47,5 \pm 1,6$  года, медиана возраста 46 лет ( $p = 0,49$ ). У 74,2 % пациентов (11 мужчин и 12 женщин) из общего количества обследуемых был выставлен диагноз хронический вирусный гепатит С (ХВГС); у 4 (13 %) мужчин — хронический невирусный гепатит (ХНВГ); у 2 женщин (6,4 %) была выставлена ко-инфекция диагноз ХГС + ВИЧ-инфекция и 2 пациента (1 мужчина и 1 женщина) находились на лечении с диагнозом цирроз печени (ЦП). Длительность заболевания у исследуемых пациентов с ХГС от 1 года до 19 лет (средняя длительность —  $2,8 \pm 0,8$  года).

В группе пациентов с ХГС регистрировалась сопутствующая патология: хронический гломерулонефрит, нефротическая форма у 1 (3,2 %) мужчины; ИБС: сердечно-сосудистая недостаточность, ФК 2 — у 1 (3,2 %) мужчины; хронический холецистит — у 1 (3,2 %) женщины.

Средние показатели аланинаминотрансферазы (АлАТ) и аспартатаминотрансферазы (АсАТ) у мужчин и женщин не различались ( $p = 0,76$  и  $p = 0,98$  соответственно). У 20 пациентов с ХГС уровень АлАТ и АсАТ не превышал 120 ед., у 10 пациентов был выше 120 ед. ( $p = 0,00025$  и  $p = 0,003$  соответственно). Значение АлАТ было референтно у 10 % пациентов, а значение АсАТ — у 20 % ( $\chi^2 = 0,72$ ,  $p > 0,001$ ).

В связи с тем, что АСТ и АЛТ выходят за пределы референтных значений, был произведен расчет коэффициента де Ритиса (КдР) — соотношение активности сывороточных АСТ и АЛТ [6]: при ХВГС КдР =  $0,78 \pm 0,6$ , при ХНВГ —  $1,34 \pm 0,5$ , при ко-инфекции ХГС + ВИЧ —  $0,82 \pm 0,18$  и при ЦП КдР =  $0,68 \pm 0,02$ . Уровень АСТ имеет более сильную корреляционную связь с фиброзом, чем уровень АЛТ и косвенно отражает степень его развития.

В данной работе были использованы методы параметрической (t-критерий Стьюдента) и 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 [3].

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

УТ (в баллах) у мужчин с ХГС составил  $37,2 \pm 0,84$ , у женщин —  $38,1 \pm 1,04$  ( $p = 0,8$ ). УТ у мужчин контрольной группы составил  $30,1 \pm 0,9$ , у женщин —  $31,4 \pm 1,0$  ( $p = 0,52$ ). У 23,3 % пациентов с ХГС отмечался средний уровень тревоги (4 мужчины и 3 женщины), у остальных 76,7 % пациентов полученные данные свидетельствовали о низком УТ, согласно шкале самооценки тревоги Цунга; в контрольной группе 3,3 % пациентов имели средний уровень тревоги (1 женщина), остальные 96,7 % — низкий ( $\chi^2 = 1,89$ ,  $p > 0,001$ ).

При низком УТ значение АлАТ составило  $126,5 \pm 29,7$  ед., при среднем —  $139,8 \pm 34,8$  ед. ( $p = 0,77$ ), значение АсАТ составило  $95,7 \pm 18,1$  ед., при среднем —  $167,7 \pm 43,7$  ед. ( $p = 0,17$ ). УТ в группе пациентов с АлАТ ниже 120 ед. составляет  $35,2 \pm 1,8$ , более 120 ед. —  $37,7 \pm 2,6$  ( $p = 0,46$ ); в группе пациентов с АсАТ ниже 120 ед. —  $34,4 \pm 1,8$ , более 120 ед. —  $39,9 \pm 1,6$  ( $p = 0,038$ ). КдР при низком УТ —  $0,83 \pm 0,07$ , при среднем УТ —  $2,5 \pm 1,6$  ( $p = 0,35$ ).

Общий УТ у пациентов с ХГС —  $36,3 \pm 1,12$ , у пациентов контрольной группы —  $30,5 \pm 0,96$  ( $p = 0,0002$ ). Частота клинически значимой тревоги у контрольной группы была не-

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].