

присутствуют в (45,5%) случаев и в умеренной степени фигурируют в (54,4%) случаев. Проявляются данные расстройства преимущественно снижением памяти и внимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сахарный диабет 1 тип и аффективные расстройства у детей и подростков (клинико–этиологическое исследование) : дис. .. канд. мед. наук : 14.01.08 / Донникова Н. А.– Сургут, 2013.– 143 с.
2. Decreased Spontaneous Brain Activity and Functional Connectivity in Type 1 Diabetic Patients Without Microvascular Complications / W. Xia, Y. Chen, Y. Luo et al. // Cell Physiol. Biochem. – 2018. – Vol. 51. – P. 2694– 2703.

АНОЗОГНОЗИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шигатов Г. О., Лозак И. С., Олизарович М. Ю.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Актуальность. Одним из самых важных клинических феноменов зависимости от алкоголя является алкогольная анозогнозия, поскольку от её выраженности во многом зависит эффективность терапевтических мероприятий. Алкогольная анозогнозия – тенденция к отрицанию или недооценке значимости заболевания, определяющей трудности формирования мотивации трезвости, повышенный риск рецидивов и общую резистентность к противоалкогольному лечению.

В контексте синдрома зависимости, анозогнозия может проявляться в том, что пациент не признает уровень своей зависимости, не осознает ущерб, который она наносит его физическому и психическому здоровью, а также не оценивает необходимость лечения и восстановления. Чаще такие пациенты воспринимают свое потребление алкоголя как нормальное или контролируемое. Клинические особенности заболевания (длительность развернутой стадии болезни, толерантность, кратность обращения за лечебной помощью, перенесенные алкогольные психозы, сопутствующие соматические заболевания), личностные характеристики, а также особенности микросоциального окружения (родительская и собственная семья пациента) и социального статуса способствуют увеличению или уменьшению отдельных компонентов алкогольной анозогнозии.

Изучение алкогольной анозогнозии позволяет разработать более эффективные методы работы с такими пациентами, а также предупреждать возможные осложнения и возвращение к употреблению алкоголя после

лечения. Решение проблемы анозогнозии сможет повлиять на исход лечения алкоголизма, длительность ремиссий [1].

Цель. Анализ уровня анозогнозии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и выявление влияющих на нее факторов.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе УЗ «Гродненский областной клинический центр Психиатрия-Наркология» с 21.09.2023 г. по 13.10.2023 г. В исследование были включены пациенты наркологического отделения в количестве 31 человек, находящихся на стационарном лечении с диагнозом в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) – «Синдром зависимости от алкоголя». Из них: 24 мужчины и 7 женщин в возрасте от 23 до 66 лет (средний возраст мужчин – $44,8 \pm 5,9$ лет; средний возраст женщин – $44,4 \pm 11,8$ лет).

Критерии исключения: пациенты с сочетанной зависимостью; с психическими расстройствами психотического уровня (F20-F29), с органической патологией (F00-F09). Обследование проводилось после купирования основных проявлений абстинентного синдрома.

В исследовании использовали следующие методы: клиничко-психопатологический, анамнестический, методы описательной статистики. Статистический анализ проводился с использованием программного пакета «Statistica 10». Анамнестические данные пациента, включая демографические сведения, данные о наследственности, развитии, воспитании, социальном и образовательном положении, особенностях преморбидного психического статуса, о начале и течении заболевания были собраны при опросе пациента, его ближайших родственников, а также использовались сведения из истории стационарного пациента. Для оценки уровня анозогнозии каждому пациенту был предложен опросник алкогольной анозогнозии [2].

Результаты и их обсуждение. В результате опроса исследуемых пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и изучения анамнестических данных было установлено, что длительность зависимости у мужчин составляет $12,6 \pm 7,6$ лет, у женщин несколько короче – $11,8 \pm 2,4$ лет.

При анализе социально-психологических факторов было отмечено, что у 16 (51,6%) пациентов выявлена отягощённая наследственность по алкогольному анамнезу, 3 (9,6%) человека воспитывались в неполной семье, у 3 (9,6%) пациентов родители в разводе. Тем не менее, в большинстве случаев – у 25 (80,8%) пациентов – семья характеризуется благополучием (полная).

Оценивая уровень образования пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, было выявлено, что только у 1 (3,3%) пациента было высшее образование. Большинство обследуемых имели среднее специальное образование – 17 (54,8%) и среднее – 13 (41,9%). Среди всех обследованных 17 (54,8%) человек не работают в настоящее время, 14 (45,2%) пациентов имеют постоянную работу. Судимость имели 10 (32,3%) человек, несудимы – 21 (67,7%) пациент.

Согласно опроснику анозогнозии, исследуемые пациенты продемонстрировали разнообразные показатели по отдельным субшкалам опросника: по субшкале «Неинформированность» (НИ) – 27 (87,1%) пациентов информированы о медицинских критериях алкогольной зависимости в средней степени и только 4 (12,9%) человека – хорошо информированы. Субшкала «Непризнание симптомов заболевания» (НС) демонстрирует, что непризнание двух основных симптомов алкогольной зависимости (утраты контроля за потреблением алкоголя и наличия алкогольной абстиненции) наиболее выражено у 12 (38,7%) человек, слабо выражено у 5 (16,1%) пациентов и не выражено у 14 (45,2%) человек. По субшкале «Непризнание заболевания» (НЗ) большая часть пациентов – 25 (80,6%) человек – признают своё заболевание и только 6 (19,4%) пациентов занимают позицию непризнания. По субшкале «Непризнание последствий заболевания» (НПЗ) у 1 (3,2%) пациента отмечаются наиболее выраженные значения, промежуточный вариант оценки выявлен у 3 (9,7%) пациентов, слабая выраженность по данной субшкале отмечена у 19 (61,3%) человек, не выражено – у 8 (25,8%) человек. Субшкала «Эмоциональное неприятие заболевания» (ЭНЗ) показала, что 1 (3,2%) пациент демонстрирует высокие балльные оценки, промежуточный вариант наблюдается у 14 (45,2%) человек, слабая выраженность по данной субшкале выявлена у 15 (48,4%) пациентов и не выражена только у 1 (3,2%) пациента. Интерес представляют полученные результаты по субшкале «Несогласие с лечением» (НЛ) – выраженное негативное отношение к лечению было выявлено у 3 пациентов (9,7%), слабовыраженное – у 12 (38,7%) человек и невыраженное – у 16 (51,6%). По субшкале «Непринятие трезвости» (НТ) также были выявлены не менее интересные результаты. Выраженное неприятие трезвости наблюдалось у 7 (22,6%) пациентов, промежуточное – у 23 (74,2%) пациентов, невыраженное – у 1 (3,2%) пациента. Пациенты с высокими показателями по данной шкале менее ориентированы на трезвость.

Выводы. В результате проведенного исследования показано, что в целом исследуемые пациенты достаточно информированы о синдроме зависимости от алкоголя. Однако, у большей части пациентов доминируют представления о том, что «алкоголизм» не является заболеванием, а лишь является проявлением слабоволия и при наличии усилий воли существует возможность контролировать употребление алкоголя.

Большая часть пациентов признавали свою зависимость от алкоголя. Однако считают, что родственники и врачи напрасно преувеличивают их состояние. Тем не менее, непризнание последствий зависимости говорит о формальном признании физических, психических и семейных последствий алкоголизации при недостаточном понимании отклонений в собственном поведении в морально-этической, а также профессиональной сфере. Следует отметить, что алкогольные психозы в анамнезе и большой «стаж» зависимости снижают «Непризнание последствий заболевания». Пациенты озабочены по поводу наличия зависимости и её последствий, при этом регистрируется

недовольство, связанное с признанием ближайшим окружением их «зависимыми».

У большей части пациентов наблюдаются полное согласие с необходимостью наркологического лечения и правильное понимание причин попадания в стационар, а значит, готовность к работе над своей проблемой.

Также можно отметить, что пациенты, которые имеют судимость в связи с употреблением алкоголя, имеют более высокие показатели выраженности алкогольной анозогнозии по субшкалам «Эмоциональное неприятие заболевания» и «Несогласие с лечением», что говорит о формальном критическом отношении к своему заболеванию, то есть без соответствующей эмоциональной реакции. У таких пациентов алкогольная анозогнозия может быть особенно проблематичной, поскольку может приводить к повторным правонарушениям.

Выявление алкогольной анозогнозии может быть полезным при разработке индивидуального плана лечения, так как осведомлённость о критериях алкогольной зависимости связана с готовностью пациента принять помощь и лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альтшулер, В.Б. Патологическое влечение к алкоголю: вопросы клиники и терапии / В. Б. Альтшулер. – М.: Имидж, 1994. – 220 с.
2. Рыбакова, Ю.В. Методика оценки анозогнозии у больных алкоголизмом. Методические рекомендации / Ю.В. Рыбакова, Р.Д. Илюк. – СПб, 2011. – 37 с.

ОЦЕНКА И СРАВНЕНИЕ МЕТОДОВ ГЕМОСТАЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Шило Г. С., Дашкевич П. А.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: Гуца Т.С.

Актуальность. Среди всех закрытых повреждений внутренних органов повреждения почек составляют 14,8% [2]. Частота обнаружения почечно-клеточного рака у взрослых может достигать 3,0-4,0% [1, 3]. Длительный опыт почечной хирургии показал клиническую целесообразность сохранения большого объёма функционирующей почечной паренхимы и патогенетическую обоснованность органосохраняющих операций при различных заболеваниях почек [3], что обеспечивает достижение лучших (в сравнении с нефрэктомией) результатов. Число таких вмешательств в последние годы прогрессивно