

Уровень реактивной тревоги у пациентов с болями в спине составил 31,0 (31,0; 35,0) баллов, что соответствовало умеренному уровню, а личностная тревога равнялась 45,0 (42,0; 49,0) — верхняя граница умеренной тревожности. Показатели депрессии по шкале Бека выявлены на уровне 2,0 (0; 4,0) баллов (депрессии выявлено не было).

В группе пациентов с преобладанием ноцицептивной боли (балл по шкале DN4 < 4) выявлена слабая значимая корреляционная связь между интенсивностью боли по ВАШ и уровнем депрессии ($r = 0,25$), уровнем реактивной тревоги ($r = -0,36$), а также связь между показателем нейропатической боли по шкале DN4 и личностной тревогой ($r = -0,4$).

У лиц с нейропатической модальностью болевого синдрома (балл по шкале DN4 ≥ 4) установлены значимые корреляции между оценками болевого синдрома по ВАШ в момент исследования, значениями депрессии ($r = 0,5$) и личностной тревоги ($r = -0,81$) со средней и высокой силой корреляции

Выводы

Таким образом, полученные данные указывают на значимую связь нейропатического болевого синдрома с уровнем депрессии и тревоги пациентов с хронической болью в спине.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Данилов, А. Б. Типы и патофизиологические механизмы боли – значение для клинической практики / А. Б. Данилов // Manage pain. – 2014. – № 1. – С. 4–8.
2. Екушева, Е. В. Когнитивные нарушения у пациентов с хроническим болевым синдромом / Е. В. Екушева // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2020. – Т. 4, № 9. – С. 573–577.

УДК 616.831-005.8-06:[616-056.52+616.24-008.444]

Е. В. Сереброва¹, В. В. Данильченко², Е. С. Скачкова²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения «Гомельская университетская клиника —
областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЖИРЕНИЕ И НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ ВО СНЕ У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ МОЗГА

Введение

Ожирение представляет собой многофакторное заболевание, патогенетически тесно связанное с развитием сердечно-сосудистой патологии, сахарного диабета, апноэ во сне (АС) и инсульта [1].

Установлено, что увеличение показателя индекса массы тела (ИМТ) на 6 единиц приводит к четырехкратному возрастанию риска обструктивного АС [1]. К основным взаимоотношающим механизмам связи ожирения и АС относятся резистентность к инсулину, повышение количества висцерального жира, дислипидемия, активации симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, повышение уровня воспалительных цитокинов, фрагментация сна [2, 3, 4]. Кроме того, у пациентов с ожирением отложение избытка жировой ткани в области шеи приводит к сужению и коллапсу верхних дыхательных путей во время сна и возникновению перемежающейся десатурации, лежащих в основе обструктивного АС [2, 3].

Дополнительным фактором, способствующим развитию АС у пациентов с ожирением, является нарушение метаболизма продуцируемого адипоцитами гормона лептина, играющего ключевую роль в регуляции массы тела, а также контроле работы дыхательного центра. Предполагается, что повышенные уровни данного гормона на фоне лептинорезистентности, наблюдаемые у пациентов с АС, могут способствовать возникновению нарушений дыхания во сне [1, 2].

Цель

Изучить взаимосвязь наличия и тяжести АС с показателем ИМТ у пациентов с инфарктом мозга.

Материалы и методы исследования

На базе неврологических отделений № 1 и 2 УЗ «Гомельская университетская клиника – областной госпиталь инвалидов Великой Отечественной войны» в период 2017–2021 гг. было обследовано 130 пациентов с инфарктом мозга (81 мужчина и 49 женщин, медиана возраста 63 (56; 71) лет).

Критерии включения в исследование: возраст пациента 18 лет и старше; диагноз инфаркта мозга, подтвержденный данными КТ или МРТ; длительность от начала заболевания не более 72 часов. У пациентов или их законных представителей было получено информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии не включения: уровень сознания 14 и менее баллов по шкале комы Глазго; психические нарушения в стадии декомпенсации; отказ от участия в исследовании.

Показатель ИМТ рассчитывался по формуле $ИМТ = m/h^2$, где m — масса тела в килограммах, h — рост в метрах.

Для диагностики АС пациентам выполнялись респираторная полиграфия (портативные системы SleepView (BMC, Китай), SOMNOchec micro CARDIO (Weinmann, Германия)) или автономная полисомнография (портативный полисомнограф PSG-Сомнолаб 2 (Weinmann, Германия)). Для оценки степени тяжести АС вычислялся индекс апноэ-гипопноэ (ИАГ): тяжелая степень АС соответствовала значениям $ИАГ \geq 30$ респираторных событий в час, умеренная — 15–29 респираторных событий в час, тяжелая — 5–14 респираторных событий в час.

После проведения инструментального исследования все пациенты были разделены на 2 группы: основную — пациенты с АС (57 мужчин (63,3 %) и 33 женщины (36,7 %), медиана возраста 63,5 (56; 70) лет) и группу сравнения — пациенты без АС (24 мужчины (60,0 %) и 16 женщин (40,0 %), медиана возраста 63 (54; 72) лет). Пациенты изучаемых групп были сопоставимы по возрасту ($p = 0,603$) и полу ($p = 0,432$).

В соответствии с величиной показателя ИАГ в основной группе тяжелая степень АС была диагностирована у 22 (24,5 %), умеренная у 29 (32,2 %), легкая у 39 (43,3 %) пациентов.

Статистическая обработка данных выполнялась с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 8.0 (StatSoft, США); для оценки результатов применялись непараметрические методы. Для всех видов статистического анализа статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

У пациентов с АС показатель ИМТ составил 29,5 (26,0; 35,0) кг/м² и был значимо выше, чем у пациентов группы сравнения (26,0 (24,0; 29,0) кг/м², $p < 0,001$). Распределение пациентов основной и группы сравнения в зависимости от величины ИМТ представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Характеристика пациентов изучаемых групп в зависимости от величины ИМТ

Показатель	Основная группа (n = 90)	Группа сравнения (n = 40)	p
Нормальный вес (ИМТ < 25 кг/м ²), n (%)	6 (6,7 %)	16 (40,0 %)	< 0,001
Избыточная масса тела (ИМТ 25–29 кг/м ²), n (%)	38 (42,2 %)	15 (37,5 %)	0,615
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²), n (%)	46 (51,1 %)	9 (22,5 %)	0,003

Как представлено в таблице 1 в основной группе было значимо больше пациентов с ожирением, чем в группе сравнения ($p = 0,003$) и меньше пациентов с нормальным весом ($p < 0,001$). Взаимосвязь между наличием нарушений дыхания во сне и повышением массы тела отражает и выявленная в основной группе значимая ассоциация АС с показателем ИМТ ($\chi^2 = 16,935$; $p < 0,001$) и ожирением ($\chi^2 = 9,058$; $p = 0,003$).

В основной группе у пациентов с тяжелой степенью АС показатель ИМТ составил 35,0 (30,0; 38,0) кг/м² и был значимо выше, чем у пациентов с умеренными и легкими НДС (28,0 (26,0; 36,0) кг/м², $p = 0,014$ и 29,0 (26,0; 32,0) кг/м², $p = 0,002$ соответственно).

Распределение пациентов с тяжелой, умеренной и легкой степенью тяжести АС в зависимости от величины ИМТ представлено в таблице 2.

Таблица 2 — Характеристика пациентов с различными степенями тяжести АС в зависимости от величины ИМТ

Показатель	Тяжелая степень АС (n = 22)	Умеренная степень АС (n = 29)	Легкая степень АС (n = 39)	p
	1	2	1	
Нормальный вес (ИМТ < 25 кг/м ²), n (%)	0	1 (3,5 %)	5 (12,8 %)	$p_{1-3}=0,080$ $p_{1-2}=0,375$ $p_{2-3}=0,181$
Избыточная масса тела (ИМТ 25–29 кг/м ²), n (%)	5 (22,7 %)	15 (51,7 %)	19 (48,7 %)	$p_{1-3}=0,046$ $p_{1-2}=0,036$ $p_{2-3}=0,806$
Ожирение (ИМТ ≥ 30 кг/м ²), n (%)	17 (77,3 %)	13 (44,8 %)	15 (38,5 %)	$p_{1-3}=0,004$ $p_{1-2}=0,019$ $p_{2-3}=0,602$

Как следует из данных таблицы 2 у всех пациентов с тяжелой степенью АС наблюдалось повышение ИМТ выше нормальных значений: ожирение выявлено в 77,3 % случаев, избыточная масса тела — в 22,7 %. При этом в подгруппе с умеренными и легкими НДС ожирение встречалось значимо реже, чем у пациентов с тяжелой степенью АС (44,8 %; $p = 0,019$ и 38,5 %; $p = 0,004$ соответственно). Кроме того, была выявлена ассоциация тяжелой степени АС с показателем ИМТ ($\chi^2 = 8,331$; $p = 0,004$) и ожирением ($\chi^2 = 9,045$; $p = 0,003$).

Взаимосвязь между степенью тяжести АС и повышением массы тела подтверждается и результатами корреляционного анализа: в основной группе была установлена прямая взаимозависимость между показателями ИАГ и ИМТ ($R = 0,25$; $p = 0,016$).

Выводы

У пациентов с инфарктом мозга ожирение (ИМТ ≥ 30) ассоциировано с наличием АС, при этом наблюдается прямая корреляция между тяжестью нарушений дыхания во сне и показателем ИМТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Quintas-Neves, M. Assessment of bariatric surgery efficacy on Obstructive Sleep Apnea (OSA) / M. Quintas-Neves, J. Preto, M. Drummond // Rev Port Pneumol. – 2006. – Nov-Dec; 22(6). – P. 331–336. doi: 10.1016/j.rppnen.2016.05.006.
2. Obesity and sleep disturbance: the chicken or the egg? / G. Muscogiuri [et al.] // Crit Rev Food Sci Nutr. – 2019. – Vol. 59(13). – P. 2158–2165. doi: 10.1080/10408398.2018.1506979.
3. Obstructive sleep apnea and the metabolic syndrome: The road to clinically meaningful phenotyping, improved prognosis, and personalized treatment / J. Gaines [et al.] // Sleep Med Rev. – 2018. – Dec (42). – P. 211–219. doi:10.1016/j.smr.2018.08.009.
4. Interactions between obesity and obstructive sleep apnea: implications for treatment / A. Romero-Corral [et al.] // Chest. – 2010. – Vol. 137(3). – P. 711–719. doi: 10.1378/chest.09-0360.

УДК 616.89-008.442:616.89-008.441.13

И. М. Сквир¹, Б. Э. Абрамов¹, М. И. Сквир²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Центр психотерапии

г. Гомель, Республика Беларусь

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ В РЕМИССИИ

Введение

Поддержание ремиссии при алкогольной зависимости (АЗ) является актуальной и трудной задачей, прежде всего из-за того, что на фоне воздержания от употребления алкоголя часто неожиданно возникают рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС), первые признаки которых сопряжены с актуализацией патологического влечения к алкоголю (ПВА) и высокой степенью риска рецидива алкогольной зависимости [1, 2]. Следовательно, задача состоит в идентификации РОКС ремиссионного периода, чтобы поддерживающую терапию сделать в каждом конкретном случае адресной [2].

Среди идентифицированных РОКС особое место занимают сексуальные проблемы у мужчин в виде временного или стойкого снижения либидо [3, 4]. Изучение сексуальной функции пациентов с АЗ на всех этапах лечения заболевания представляет большой интерес еще и потому, что среди пациентов-мужчин весьма распространены мифы о «вредном влиянии лечения» на сексуальную потенцию. В научной литературе снижение либидо, чаще всего, объясняется психоаналитически, тем, что в процессе лечения вместе с влечением к алкоголю в подсознание вытесняется и сексуальное влечение [4, 5].

Остаются недостаточно изученными особенности сексуальных расстройств ремиссионного периода у лиц с АЗ и недостаточно разработаны способы их коррекции.

Цель

На основе исследования сексуальных РОКС ремиссионного периода у лиц с АЗ разработать обоснованные комплексные терапевтические программы их профилактики и лечения.