

ной тревожности был низким. В 19 (54,3 %) случаях реактивная тревожность была умеренной, а в 15 (42,85 %) — высокой.

Показатели личностной тревожности совпали с уровнем реактивной — 44,0 (34,0; 53,0) балла, однако их распределение выраженности было несколько иным. Так, у 3 пациентов наблюдались низкие значения личностной тревоги, у 15 — умеренные (42,85 %), а в 17 случаях (48,6 %) тревога была выраженной.

При проведении корреляционного анализа была установлена достоверная положительная корреляционная связь средней между интенсивностью боли по ВАШ и показателями реактивной ( $r = 0,65$ ) и личностной ( $r = 0,45$ ) тревожности.

#### **Выводы**

Пациенты с болями в спине, находящиеся на лечении в стационаре, страдали от болевого синдрома сильной выраженности, который у 42,8 % пациентов носил нейропатический характер. Практически все пациенты имели умеренный и высокий уровень реактивной и личностной тревожности, который значимо коррелировал с интенсивностью болевого синдрома.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гендерные особенности реабилитации пациентов с болями в спине вертеброгенного генеза / О. А. Булах [и др.] // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. — 2017. — № 16 (3). — С. 128–129.
2. Боль, тревога, нарушения сна — три мишени для прегабалина при нейропатических болях в спине / В. Николаенко // Международный неврологический журнал. — 2018. — № 1 (95). — С. 52–53
3. Боль в спине и попытки ее объективизации / В. П. Михайлов [и др.] // Журнал хирургия позвоночника. — 2009. — № 3. — С. 64–70.
4. Сравнительное изучение состояний тревожности у больных с невротическими расстройствами в процессе психотерапии и психокоррекции / Е. В. Бойко [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. — 2010. — № 3, Т. 4 (117–118). — С. 27–29.

**УДК 616.831-005.8-06:616.24-008.444-037**

### **ОЦЕНКА РИСКА СИНДРОМА АПНОЭ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФАРКТОМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

*Сереброва Е. В.<sup>1</sup>, Парахадов Д.<sup>1</sup>, Ключинская О. А.<sup>2</sup>, Усова Н. Н.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Государственное учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), в структуре которых лидирующее место занимает инфаркт головного мозга (ИГМ), являются актуальной медицинской и социальной проблемой, что обусловлено стабильно высокими показателями заболеваемости и смертности от данных заболеваний, а также расходами на лечение, медицинскую реабилитацию и потери в сфере производства.

Одним из независимых и распространенных факторов риска ИГМ является синдром апноэ сна (САС). Его наличие у пациента доказано увеличивает риск развития ишемического поражения головного мозга в 1,6–4,3 раза [1].

Учитывая высокую частоту встречаемости САС в популяции и среди пациентов с ОНМК, данная патология требует раннего выявления и лечения. С целью скрининговой диагностики САС за рубежом разработан ряд диагностических шкал, среди которых наиболее часто используется шкала STOP-BANG.

#### **Цель**

Оценить информативность диагностической шкалы STOP-BANG в скрининговой диагностике высокого риска синдрома апноэ сна у пациентов с инфарктом головного мозга.

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

Было обследовано 83 пациента с инфарктом головного мозга, находившихся на лечении в 1-м и 2-м неврологических отделениях Гомельского областного госпиталя ИОВ. Обследование проводилось на 1–5 сутки от начала заболевания и включало первоначальную оценку риска САС с помощью шкалы STOP-BANG и ночную респираторную полиграфию (РП) с использованием портативной системы SleepView (ВМС).

Диагностическая шкала STOP-BANG основана на выявлении следующих факторов риска САС: храп, дневная сонливость, остановки дыхания во сне, артериальная гипертензия, повышенный индекс массы тела (ИМТ) более 35 кг/м<sup>2</sup>, возраст старше 50 лет, окружность шеи более 41 см у женщин и 43 см у мужчин, мужской пол. По результатам опроса результат 0–2 балла оценивается как низкий риск наличия САС, 3 балла и более — как высокий [2].

С помощью РП во время ночного сна пациентов регистрировались количество апноэ и гипопноэ, максимальная длительность эпизодов апноэ и гипопноэ в секундах, общая длительность эпизодов апноэ и гипопноэ по времени и в процентах от общей продолжительности сна. Также вычислялись показатели индексов апноэ, гипопноэ, апноэ/гипопноэ (ИАГ); индекс храпа; индекс десатурации.

В зависимости от результатов РП все пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу составили пациенты с ИАГ  $\geq 5$  ( $n = 59$ , 20 женщин и 39 мужчин; средний возраст  $64,8 \pm 10,4$ ), контрольную — пациенты без нарушений дыхания (ИАГ  $< 5$ ) ( $n = 24$ , 12 женщин и 12 мужчин; средний возраст —  $60,6 \pm 12,2$ ).

Статистическую обработку полученных данных выполняли с использованием пакета прикладных программ «Statistica» 12.0 (StatSoft, США).

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

В основной группе по результатам РП тяжелая степень САС была выявлена у 20,3 % (12), умеренная — 38,9 % (23), легкая — 40,7 % (24); средний показатель ИАГ составил 19,7 (13,0; 30,0), индекса храпа — 18,4 (2,9; 61,0), индекса десатурации — 5,8 (2,7; 14,0).

По данным шкалы STOP-BANG храп отметили 62,7 % (37) пациентов, дневную сонливость — 66,1 % (39), остановки дыхания во сне — 16,9 % (10), высокое АД — 86,4 % (51), ИМТ более 35 — 16,9 % (10), возраст более 50 лет — 88,1 % (52), окружность шеи более 41 см у женщин и 43 см у мужчин была выявлена у 37,3 % (22), пациенты мужского пола составили 62,7 % (37). Средние показатели ИМТ и окружности шеи составили 29,0 (25,0; 33,0) и 41,0 (39,0; 43,0) соответственно.

Таким образом, при анализе показателей в группе пациентов с САС шкала STOP-BANG позволила выявить его высокий риск у 88,1 % пациентов. При этом у пациентов с легкой степенью САС (ИАГ 5 — 14,9) высокий риск по шкале STOP-BANG был у 79,2 % пациентов, с умеренной степенью САС (ИАГ 15 — 29,9) у 91,3 % и в группе с тяжелой степенью САС (ИАГ  $\geq 30$ ) у 100 %. Общий балл шкалы STOP-BANG в основной группе оказался равен 4,0 (3,0; 5,0).

В контрольной группе без нарушений дыхания во сне средний показатель ИАГ составил 3,25 (1,95; 4,3), индекса храпа 1,85 (0,5; 10,9), индекса десатурации 1,1 (0,65; 1,9).

При анализе данных шкалы STOP-BANG храп отметили у себя 25,0 % (6) пациентов, дневную сонливость — 41,7 % (10), остановки дыхания во сне — 0 % (0), высокое АД — 79,2 % (19), ИМТ более 35 — 4,5 % (10), возраст более 50 лет — 83,3 % (20), окружность шеи более 41 см у женщин и 43 см у мужчин — 4,2 % (1), мужской пол — 50,0 % (12). Средние показатели ИМТ и окружности шеи составили 26,5 (24,0; 28,0) и 37,5 (37,0; 39,0) соответственно.

Общий балл шкалы STOP-BANG в контрольной группе составил 2,0 (2,0; 4,0) и в результате исследования данный опросник выявил низкий риск САС у 54,2 % (13) пациентов.

При проведении корреляционного анализа в основной группе балл шкалы STOP-BANG достоверно коррелировал с показателем ИАГ  $r = 0,46$  (слабая связь); в группе контроля корреляции не было выявлено.

#### **Выводы**

Диагностическая шкала STOP-BANG позволила выявить высокий риск нарушений дыхания во сне у 88,1 % пациента с ИГМ и действительным наличием САС, показав наилучший результат среди пациентов с тяжелой степенью заболевания. Однако среди пациентов без нарушений дыхания во сне позволила исключить САС только у 54,2 % пациентов.

Таким образом, использование диагностической шкалы STOP-BANG удобно для скрининговой оценки риска САС у пациентов с ИГМ, но должно дополняться инструментальными методами для достоверного исключения нарушений дыхания во сне у данных пациентов.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Diagnosis and treatment of sleep apnea hypopnea syndrome. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery / P. Lloberes [et.al.] // Arch. Bronconeumol. — 2011. — Vol. 47, № 3. — P. 143–156.
2. The Utility of Three Screening Questionnaires for Obstructive Sleep Apnea in a Sleep Clinic Setting / B. Kim [et.al.] // Yonsei Med J. — 2015. — Vol. 56, № 3. — P. 684–690.

**УДК 616.89-008.441.13-036.66:616.1**

### **РЕЦИДИВООПАСНЫЕ СУБКЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ РЕМИССИИ ВЫСОКОГО КАЧЕСТВА**

*Сквира И. М.<sup>1</sup>, Сосин И. К.<sup>2</sup>, Гончарова Е. Ю.<sup>2</sup>, Абрамов Б. Э.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

<sup>2</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования

г. Харьков, Украина

#### **Введение**

На сегодняшний день главная задача в лечении пациентов с алкогольной зависимостью (ПАЗ) заключается в стабилизации ремиссии и профилактике раннего рецидива [1].

К формированию ремиссий, как образований со стабилизацией состояния пациентов на уровне близком к «практическому здоровью», естественно, сводятся все терапевтические усилия наркологов. Считается, что отсутствие обострений патологического влечения к алкоголю при успешном функционировании больного во всех сферах жизнедеятельности (соматическая, психическая, социальная) означает ремиссию высокого качества и требует от врача лишь поощрительного и неназойливого внимания [2]. Однако клинический опыт показывает, что любая ремиссия представляет собою довольно нестабильный, изменчивый период течения болезни, а специалистами часто игнорируются расстройства, возникающие в период ремиссии заболевания [3].

#### **Цель**

Разработка способов ранней, своевременной, таргетной стабилизации ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью.

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

После трех этапов лечения, согласно принятых в наркологии стандартов, в динамике формирования ремиссии высокого качества (РВК) обследовано 114 мужчин в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст  $41,2 \pm 7,2$  лет) с алкогольной зависимостью