

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.¹, Сосин И. К.², Гончарова Е. Ю.², Абрамов Б. Э.¹

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь,

²Харьковская 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

(шифр F 10.200–202 согласно критериям МКБ-10). Не включались лица, злоупотребляющие алкоголем без синдрома зависимости, больные с другими психическими и поведенческими расстройствами.

Все исследованные пациенты были разделены на три группы, с учетом этапов формирования ремиссии, принятых в современной наркологии [2]. Первая группа ПАЗ состояла из 39 человек (средний возраст $38,9 \pm 7,2$ лет), находившихся на этапе становления РВК (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя). Вторая группа из 23 пациентов (средний возраст $39,5 \pm 6,4$ лет) находилась на этапе стабилизации ремиссии РВК (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя). В третью группу (52 пациента со средним возрастом $43,7 \pm 5,6$ лет) были включены пациенты, находившиеся на этапе установившейся РВК (более одного года ремиссии, среднее время воздержания от употребления алкоголя $5,14 \pm 2,2$ лет).

В ходе выполнения научной работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния ПАЗ в ремиссии мы применили разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций», позволяющий выявлять субклинические жалобы пациентов [4].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерных программ Microsoft Excel 2010 и «Statistica» 6.0. Сравнение данных в трех подгруппах проводилось с помощью непараметрического критерия Крускала — Уоллиса. Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

В результате исследования у пациентов всех трех групп были выявлены субклинические признаки расстройств психических и соматических функций, обозначенные нами как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС).

Частота встречаемости, колеблясь от 52,9 % («плохое настроение») до 5,1 % («гипомания»), по большинству из 15-и РОКС не имела статистически значимых межгрупповых отличий ($p > 0,05$). Только «утомляемость» встречалась чаще во второй группе — у 11 (47,8 %) из 23 пациентов против 10 (25,6 %) из 39 пациентов первой группы ($p = 0,01$). Еще такой признак как «тяга к алкоголю» встречался все реже по мере удлинения РВК и достигал статистически значимого отличия в третьей группе — у 5 (9,6 %) из 52 пациентов, в сравнении с первой — у 12 (30,8 %) из 39 пациентов ($p < 0,05$).

Степень выраженности (в баллах) РОКС во всех трех группах, как и частота встречаемости, по сумме, а также по большинству РОКС оказались практически идентичными ($p > 0,05$). У пациентов второй группы, в сравнении с первой группой, уменьшалась средняя выраженность таких РОКС как «раздражительность» ($p < 0,05$) и «учащение курения» ($p < 0,05$), но увеличивалась «утомляемость» ($p < 0,05$), «бессонница» и «кофеин больше» ($p > 0,05$). В третьей группе, в сравнении с первыми двумя, незначительно увеличивалась «тревога» ($p > 0,05$) и уменьшалась «тяга к алкоголю» ($p > 0,05$), которая оказалась единственным признаком из 15-и, постоянно регрессирующим по мере удлинения ремиссии высокого качества ($p < 0,05$).

Градации выраженности большинства РОКС во всех трех группах пациентов оказалась как частота и выраженность проявления, практически идентичной ($p > 0,05$), за исключением таких РОКС как «раздражительность» и «утомляемость». Количество пациентов с раздражительностью во второй группе меньше ($p < 0,05$), а с выраженной раздражительностью значительно меньше ($p = 0,0003$), чем среди пациентов первой группы. В то же время, количество пациентов с таким РОКС как «утомляемость», наоборот, во второй группе больше, чем в первой ($p = 0,01$).

Для пациентов первой группы весьма характерными были субклинически выраженные повышенная возбудимость, раздражительность, нетерпеливость, аффективная неустойчивость, чувство напряженности, рассеянность, соматовегетативные расстройства (потливость, тахикардия, головные боли неприятные ощущения в области сердца и прочие вегетативные симптомы).

Для пациентов второй группы характерными были астения, слабость, повышенная утомляемость, падение работоспособности, легкая истощаемость внимания, чувство разбитости, отсутствие ощущения свежести, бодрости, прилива сил после сна, улучшение самочувствия к середине и ухудшение к концу дня, соматовегетативные нарушения (боли в области сердца, экстрасистолии, диспептические явления и так далее).

То есть, у пациентов первой группы, в сравнении со второй, выявлено преобладание субклинически выраженного астенического синдрома в гиперстенической форме — у 22 (56,4 %) из 39 пациентов против 8 (34,8 %) из 23 пациентов ($p < 0,05$). Астенический синдром в гипостенической форме, наоборот, в первой группе был выявлен только у 2 (5,1 %) из 39 пациентов, а во второй — у 10 (43,5 %) из 23 пациентов ($p < 0,001$). В третьей группе пациентов, в сравнении со второй, гиперстеническая форма астении наблюдалась с той же частотой ($p > 0,05$), — у 19 (36,5 %) из 52 пациентов, а гипостеническая наблюдалась реже ($p = 0,002$) — у 9 (17,3 %) из 52 пациентов.

Изучение корреляции 15-и РОКС показало, что в первой группе пациентов большинство РОКС имели положительную корреляцию между собой и с интегральной выраженностью их суммы. Корреляция (значимая) биологических РОКС с интегральной их выраженностью в первой группе пациентов была следующей (в порядке убывания): «плохое настроение» ($r = 0,72$), «курение больше» ($r = 0,64$), «тяга к алкоголю» ($r = 0,56$) «утомляемость» ($r = 0,55$) и «раздражительность» ($r = 0,53$).

Во второй группе пациентов с интегральной выраженностью биологических РОКС корреляцию имели (в порядке убывания): «кофеин больше» ($r = 0,7$), «плохое самочувствие» ($r = 0,66$) и «плохое настроение» ($r = 0,6$). Причем, если в первой группе «раздражительность» и «утомляемость» имели между собой положительную корреляцию ($r = 0,33$), то во второй группе корреляция между ними становилась отрицательной ($r = -0,43$) ($p < 0,05$).

В третьей группе пациентов корреляция отдельных РОКС между собой практически отсутствовала, с интегральной выраженностью РОКС коррелировали только три признака: «гипомания» ($r = 0,58$), «плохое настроение» ($r = 0,52$) и «кофеин больше» ($r = 0,54$).

Таким образом, установлено, что состояние здоровья пациентов с алкогольной зависимостью в ремиссии высокого качества (без клинически выраженных жалоб на здоровье) не идентично состоянию практического здоровья, так как у них имелись латентные (субклинические) рецидивоопасные признаки. На этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя) это субклинические синдромы патологического влечения к алкоголю, депрессивный и астенический синдром в гиперстенической форме. На этапе стабилизации ремиссии (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя) ведущее значение как потенциальный рецидивоопасный синдром имел субклинический астенический синдром в гипостенической форме. На этапе установившейся ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) сохраняли потенциальное значение рецидивоопасных клинических состояний, прежде всего, социально обусловленные колебания настроения, астения и употребление крепкого чая и (или) кофе.

На основании полученных данных сформулированы рекомендации по дифференцированному, в зависимости от этапа ремиссии и структуры рецидивоопасных клинических состояний, лечению и реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, в процессе формирования терапевтической ремиссии.

Выводы

1. На этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, следует предупреждать актуализацию патологического влечения к алкоголю, развитие депрессивных расстройств и гиперстенических проявлений (раздражительности вплоть до дисфории) астенического синдрома.

2. На этапе стабилизации ремиссии (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, необходимо лечение, направленное на укрепление нервной системы с целью повышения уровня неспецифической адаптации организма и психики пациентов.

3. На этапе установившейся компенсированной терапевтической ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) необходима долгосрочная психотерапия, социотерапия по формированию здорового образа жизни пациентов, стратегий совладания с трудными ситуациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клінічна наркологія: підручник безперервного професійного розвитку (за редакцією проф. В. Г. Марченко, ХМАПО) / Колектив авторів: І. К. Сосін [та ін.]. — Харків: Колегіум, 2020. — 1080 с.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 856 с.
3. Saxena, S. Prevention of mental and behavior disorders: implications for policy and practice / S. Saxena, E. Llopis, C. Hosman // World Psychiatry. — 2006. — Vol. 5, № 1. — P. 5–10.
4. Сквиря, И. М. Комплексный подход к определению качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 3. — С. 35–39.
5. Сквиря, И. М. Клиническая структура ремиссии алкогольной зависимости / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 3 (61). — С. 17–24.

УДК 616.89-008.44/45-085.851

СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Сквиря И. М., Абрамов Б. Э., Базан Ю. Ю., Ермакович А. М.

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

Введение

Тревога и депрессия являются двумя распространенными человеческими эмоциональными реакциями на стрессовые события, разочарования и утраты в жизни. Неудивительно поэтому, что они часто встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях представляют собой совершенно разные явления [1, 2, 3].

Согласно прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. депрессия станет второй (после сердечно-сосудистой патологии) по значимости причиной инвалидности и смертности среди людей во всем мире [2].

Нашей пациентке диагностировали смешанное тревожно-депрессивное расстройство несколько лет назад (МКБ-10 — F 41.2). Мы поговорили с ней о том, как шла ее борьба с расстройством, а также о том, как важно вовремя получить квалифицированную помощь.

Цель

На конкретном клиническом случае проанализировать особенности возникновения тревожно-депрессивного расстройства и пути выхода из него.

Материал и методы исследования

С помощью внутреннего наблюдения (самонаблюдения) и клинического анализа исследовался случай проявления тревожно-депрессивного расстройства.