

## КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ РИСКА НАЛИЧИЯ АПНОЭ ВО СНЕ

Дата заполнения \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_

Рост: \_\_\_\_\_ см., вес: \_\_\_\_\_ кг.

Окружность шеи (на уровне кадыка): \_\_\_\_\_ см.

Наличие ретро- и/или микрогнатии: \_\_\_\_\_

ИМТ= \_\_\_\_\_ (недостаток массы тела / норма / избыточная масса тела / ожирение I II III ст. по классификации ВОЗ)

| Отметьте галочкой те из нижеперечисленных симптомов, которые отмечаются у вас: |                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Храп (громкий или прерывистый)</b><br>по словам окружающих                    |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Указания на остановки дыхания во сне</b><br>по словам окружающих              |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Беспокойный сон, не приносящий чувства отдыха</b>                             |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Учащенное ночное мочеиспускание</b><br>(>2 раз за ночь)                       |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Повышение артериального давления</b><br>(особенно в ночные или утренние часы) |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Разбитость, головные боли по утрам</b>                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Выраженная дневная сонливость</b>                                             |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Хроническая усталость</b>                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Затруднение дыхания или приступы удушья в ночное время</b>                    |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Ночная потливость</b>                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Отрыжка и изжога в ночное время</b>                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Сниженный фон настроения, раздражительность, снижение памяти</b>              |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Избыточная масса тела</b>                                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                       | <b>Снижение потенции</b>                                                         |

| Отметьте галочкой, если вы страдаете одним из нижеперечисленных заболеваний: |                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Ожирение II ст. и выше (ИМТ <math>\geq 35</math>)</b>  |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Гипертоническая болезнь</b>                            |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Легочная гипертензия</b>                               |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Сердечная недостаточность II ст. и выше</b>            |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Постоянная форма мерцательной аритмии</b>              |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Нарушения ритма сердца</b>                             |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Метаболический синдром</b>                             |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Гипотиреоз</b><br>(снижение функции щитовидной железы) |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Ишемическая болезнь сердца (ИБС)</b>                   |
| <input type="checkbox"/>                                                     | <b>Сахарный диабет 2 тип</b>                              |

### Ответьте на вопросы:

1. Вы курите? Да / Нет
2. Если курите, то какой стаж: \_\_\_\_\_ лет \_\_\_\_\_ мес., и сколько сигарет в день в среднем вы выкуриваете: \_\_\_\_\_
3. Имеются ли у вас проблемы с носовым дыханием (полипы, искривление носовой перегородки, сезонная аллергия)? Да / Нет

### Эпвортская шкала сонливости (Epworth Sleepiness Scale – ESS, Johns M.W., 1997)

Оцените свою возможность уснуть в определенной ситуации по 4-бальной шкале, где:

0 – засыпание очень маловероятно,

1 – небольшая вероятность уснуть,

2 – умеренная вероятность уснуть,

3 – высокая вероятность уснуть.

| Ситуация                                                                | Баллы |
|-------------------------------------------------------------------------|-------|
| Чтение в кресле в отсутствии других дел                                 |       |
| Просмотр телепередач в кресле                                           |       |
| Пассивное присутствие (сидение) в присутственных местах (кино, концерт) |       |
| В качестве пассажира в машине не менее 1 часа                           |       |
| Если прилечь после обеда в отсутствии других дел                        |       |
| Сидя и разговаривая с кем-нибудь                                        |       |
| Находясь в тихой комнате после завтрака                                 |       |
| За рулем автомобиля в пробке                                            |       |
| <b>Ваш балл:</b>                                                        |       |

#### Интерпретация результатов:

0 баллов – дневной сонливости нет;

1-5 баллов – низкая нормальная дневная сонливость;

6-10 баллов – повышенная нормальная;

11-12 баллов – низкая чрезмерная;

13-15 баллов – средняя чрезмерная;

16-24 балла – выраженная чрезмерная.

### Шкала NoSAS (2016)

| Показатель                                                | Баллы |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| Окружность шеи (измеряется на уровне кадыка) $\geq 40$ см | 4     |
| Индекс массы тела (ИМТ) 25-30                             | 3     |
| ИМТ $\geq 30$                                             | 5     |
| Наличие храпа                                             | 2     |
| Возраст старше 55 лет                                     | 4     |
| Мужской пол                                               | 2     |
| <b>Ваш балл:</b>                                          |       |

**Высокий риск нарушения дыхания во сне:**  $\geq 8$  баллов.

### Шкала STOP-BANG (Chung F. и соавт., 2014)

| Вопрос                                                                                                      | Да | Нет |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1. Вы громко храпите (громче говорящего человека или ваш храп слышен через закрытую дверь спальни)?         |    |     |
| 2. Вы часто чувствуете усталость и сонливость в дневное время (например, за рулем или при разговоре)?       |    |     |
| 3. Кто-нибудь говорил вам, что вы не дышите во сне или были ли у вас приступы удушья/одышки в ночное время? |    |     |
| 4. Страдаете ли вы гипертонической болезнью?                                                                |    |     |
| 5. Ваш индекс массы тела (ИМТ) больше 35?                                                                   |    |     |
| 6. Окружность вашей шеи (измеряется на уровне кадыка):<br>- мужчины: $>43$ см<br>- женщины: $>41$ см        |    |     |
| 7. Вы мужчина?                                                                                              |    |     |

**Ваш балл:** \_\_\_\_\_ (высокий / средний / низкий риск нарушений дыханий во сне).

#### Интерпретация результатов:

**Низкий риск:** 0-2 ответа «да».

**Средний риск:** 3-4 ответа «да».

**Высокий риск:**

• 5-8 ответов «да» или

•  $\geq 2$  ответов «да» в вопросах 1-4 + мужской пол или

•  $\geq 2$  ответов «да» в вопросах 1-4 + окружность шеи больше 43 см (у муж.)/41 см (у жен.).

## Берлинский опросник для выявления апноэ сна

Пожалуйста, выберите один ответ на каждый вопрос:

| Раздел 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Раздел 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>1. Вы храпите?</b><br/>           а) Да (1 балл)<br/>           б) Нет (0 баллов)<br/>           в) Не знаю (0 баллов)</p> <p><b>2. Если вы храпите, то ваш храп:</b><br/>           а) Чуть громче дыхания (0 баллов)<br/>           б) Такой же как разговор (1 балл)<br/>           в) Громче обычного разговора (1 балл)<br/>           г) Очень громкий – слышно в соседней комнате (1 балл)</p> <p><b>3. Как часто вы храпите?</b><br/>           а) Почти каждый день (1 балл)<br/>           б) 3-4 раза в неделю (1 балл)<br/>           в) 1-2 раза в неделю (0 баллов)<br/>           г) 1-2 раза в месяц (0 баллов)<br/>           д) Редко или никогда (0 баллов)</p> <p><b>4. Ваш храп мешает окружающим людям?</b><br/>           а) Да (1 балл)<br/>           б) Нет (0 баллов)<br/>           в) Не знаю (0 баллов)</p> <p><b>5. Кто-нибудь замечал, что вы перестаете дышать во сне?</b><br/>           а) Почти каждый день (1 балл)<br/>           б) 3-4 раза в неделю (1 балл)<br/>           в) 1-2 раза в неделю (0 баллов)<br/>           г) 1-2 раза в месяц (0 баллов)<br/>           д) Редко или никогда (0 баллов)</p> <p><b>Заключение:</b> <math>\geq 2</math> баллов оценка считается «+»</p> | <p><b>6. Как часто вы чувствуете утомленность или усталость после сна?</b><br/>           а) Почти каждый день (1 балл)<br/>           б) 3-4 раза в неделю (1 балл)<br/>           в) 1-2 раза в неделю (0 баллов)<br/>           г) 1-2 раза в месяц (0 баллов)<br/>           д) Редко или никогда (0 баллов)</p> <p><b>7. Во время бодрствования вы чувствуете усталость, вялость, разбитость?</b><br/>           а) Почти каждый день (1 балл)<br/>           б) 3-4 раза в неделю (1 балл)<br/>           в) 1-2 раза в неделю (0 баллов)<br/>           г) 1-2 раза в месяц (0 баллов)<br/>           д) Редко или никогда (0 баллов)</p> <p><b>8. Вы когда-нибудь засыпали за рулем?</b><br/>           а) Да (1 балл)<br/>           б) Нет (0 баллов)</p> <p><b>9. Если «да», то как часто это случается (в этом вопросе баллы не учитываются)?</b><br/>           а) Почти каждый день<br/>           б) 3-4 раза в неделю<br/>           в) 1-2 раза в неделю<br/>           г) 1-2 раза в месяц<br/>           д) Редко или никогда</p> <p><b>Заключение:</b> <math>\geq 2</math> баллов оценка считается «+»</p> |
| <b>Раздел 3.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p><b>10. Страдаете ли Вы гипертонической болезнью?</b><br/>           а) Да (1 балл)<br/>           б) Нет (0 баллов)<br/>           в) Не знаю (0 баллов)</p> <p><b>Заключение:</b> <math>\geq 1</math> баллов оценка считается «+»</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p><b>11. Рассчитайте ваш ИМТ (индекс массы тела).</b><br/>           а) более 30 (1 балл)<br/>           б) менее 30 (0 баллов)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### Интерпретация результатов:

**Высокий риск:** положительная оценка в двух или трех разделах.

**Низкий риск:** положительная оценка в одном разделе.