

ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ ИНСОМНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, ПЕРЕНЕСШИХ НЕОТЛОЖНЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

Курасов Е.С., Слюсарев А.С., Ремизевич Р.С., Костюк Г.П.
 Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

УДК: 616.12-008.3-073.96-053.82

Резюме

Проведен анализ состояния пациентов с тревожными и соматоформными расстройствами в отдаленном периоде после перенесенных неотложных кардиологических состояний (гипертонический криз, нарушение сердечного ритма), получавших стационарное лечение в клинике психиатрии. Показано, что при диагностике нарушений сна методом полисомнографии их распространенность оказалась достоверно выше, чем по данным клинико-психопатологического обследования.

Ключевые слова: ночной сон, тревога, инсомния, соматоформные расстройства, полисомнография.

DIAGNOSIS OF LATENT INSOMNIA IN YOUNG PEOPLE AFTER URGENT CARDIOLOGICAL STATE

Kurasov E.S., Slyusarev A.S., Remizevich R.S., Kostyuk G.P.

For the patients with anxiety and somatoform disorders, receiving inpatient treatment in mental institution, the analysis has been done in the late period, after suffered immediate cardiac states (hypertensive crisis, cardiac arrhythmia). It has been shown, that by diagnosing sleep disorders using polysomnography method, their prevalence was significantly higher, than was the case according to clinical-psychopathological examination.

Keywords: night's sleep, anxiety, insomnia, somatoform disorders, polysomnography.

Введение

Тенденция к росту распространенности нарушений сна у взрослого населения во многом обусловлена образом жизни и условиями труда людей в современном обществе. Расстройства сна на протяжении жизни отмечают более 95% людей, при этом не менее 85% из них не получают адекватного лечения [2, 9].

Среди нарушений сна наиболее распространенным является инсомния. Термин «бессонница», нередко используемый в медицинской практике, не отражает суть нарушений, так как объективные исследования чаще всего не выявляют отсутствия сна [2]. В DSM-IV-TR (1995) инсомния определяется как «дефицит качества и количества сна, необходимых для нормальной дневной деятельности», а в МКБ-10 (1992) – как «первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна». Согласно же Международной классификации расстройств сна (МКРС, 2005), представляет собой «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида» [1, 9].

По течению выделяют острые (длительностью менее 3-х недель) и хронические инсомнии (более 3-х недель). При длительности менее 1-й недели говорят о транзиторной или ситуационной инсомнии. В зависимости от преобладания нарушений во время засыпания, пробуждения и непосредственно сна выделяются пресомнические, постсомнические и интрасомнические расстройства [6, 7].

В настоящее время эта патология приобретает все большую актуальность как в психиатрической, так и в общемедицинской практике. Длительность сна напрямую

влияет на продолжительность жизни, а его нарушения являются фактором риска развития острого коронарного синдрома (ОКС), гипертонических кризов (ГК) и нарушений сердечного ритма (НСР) [3]. С другой стороны, в структуре психических расстройств, возникающих у больных с неотложными кардиологическими состояниями, более чем в 40% отмечаются тревожные (ТР) и соматоформные расстройства (СФР) с различными нарушениями сна, которые негативно влияют на течение и прогноз основного заболевания. При этом тревога является преобладающим психопатологическим феноменом, а одним из наиболее субъективно значимых ее проявлений является инсомния [5].

Нарушения сна, связанные с тревогой, являются одним из самых частых диагнозов у пациентов, направленных в медицинские центры сна. Эпидемиологические исследования показали, что при ТР и СФР нарушения сна выявляются в 44–81% случаев, часто они являются ведущими, а порой и единственными проявлениями тревоги. Более того, в значительном числе случаев инсомнические расстройства носят скрытый характер и выявляются лишь при сложных инструментальных исследованиях с применением полисомнографического оборудования [4, 8].

Многообразие и высокая распространенность нарушений сна делают проблему их диагностики и своевременной коррекции одной из актуальных задач лечения кардиологических больных [3, 5]. При этом выраженность диссомнических нарушений часто недооценивается как врачами, так и самими пациентами. Несмотря на значительное число научных исследований, посвященных изучению психических расстройств пограничного уровня, вопросы диагностики сопутствующих им нарушений сна, в особенности латентных инсомний, освещены недостаточно и ограничены как правило, констатацией существования проблемы.

Цель исследования: изучить клинико-сомнографические особенности нарушений сна при ТР и СФР у лиц, перенесших неотложные кардиологические состояния, и выявить клинические маркеры латентных инсомний.

Материал и методы исследования

Исследовано 76 пациентов (45 с ТР и 31 с СФР), проходивших стационарное лечение в клинике психиатрии Военно-медицинской академии, из них 28 мужчин и 48 женщин. ТР были представлены паническим – 21 (46,7%), генерализованным тревожным – 16 (35,6%) и агорафобическим – 8 (17,7%) расстройствами. Группу СФР составляли лица с кардионевротическими состояниями (синдром Да-Коста). Невротические расстройства в обеих группах представляли собой отдаленный период психических нарушений после перенесенных неотложных кардиологических состояний (ГК и НСР). Средний возраст обследованных составил $34,5 \pm 1,8$ года. Исследование проводилось в три этапа: I – клинико-психопатологическое и экспериментально-психологическое обследование больных с ТР и СФР; II – полисомнографическое исследование с составлением гипнограмм, определением распространенности и структурных нарушений сна; III – статистическая обработка и клинический анализ результатов.

Оценку инсомнических нарушений проводили на основании клинического (в т.ч. стандартизированного анкетного) и нейрофизиологического методов обследования. Клинико-психопатологическое обследование осуществляли на момент госпитализации. Данные «Анкет оценки субъективных характеристик сна» (Левин Я.И., 2009), заполняемой пациентом, отражали субъективную характеристику скорости наступления сна, его продолжительности, глубины, частоты ночных пробуждений и т.д. Для регистрации основных параметров сна по критериям A. Rechtschaffen и A. Kales (1968) использовался электроэнцефалограф-регистратор «Энцефалан-ЭЭГР-19/26» с программным обеспечением (ПО) «Гипнограмма». Анализировали электроэнцефалограмму, электроокулограмму и электромиограмму, а также дополнительные параметры: электрокардиограмму, запись торакоабдоминальных движений, частоту дыхания и положение пациента в постели.

Для изучения уровня реактивной и личностной тревожности использовалась шкала Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка результатов исследований проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistika 6.0 for Windows».

Результаты и их обсуждение

В ходе клинико-психопатологического обследования было установлено, что 54 (71,1%) пациента с тревожными и соматоформными (кардионевротическими) расстройствами предъявляли жалобы на нарушения сна, классифицируемые по критериям МКРС (табл. 1). Инсомнические нарушения подтверждались данными

«Анкет субъективной оценки сна», выраженность которых составила $13,1 \pm 1,4$ балла у пациентов с ТР и $14,6 \pm 1,2$ балла – с СФР. Остальные 22 (28,9%) пациента субъективно не испытывали проблем со сном.

Разнообразие клинических вариантов инсомний было обусловлено выраженностью пресомнических, интрасомнических или постсомнических нарушений и их различным сочетанием. Пресомнические нарушения (затрудненное засыпание длительностью более 30 минут) испытывали 51 (67,1%) пациент с ТР и 17 (22,4%) – с СФР. Потребность во сне уменьшалась, как только больные оказывались в постели, при этом появлялись «тягостные мысли и воспоминания», стремление найти «удобное положение», сопровождавшееся увеличением двигательной активности. В отдельных случаях засыпание затягивалось до 170 минут и более. У 18 (23,7%) пациентов момент засыпания игнорировался больными и наступивший сон расценивался как продолжавшееся бодрствование.

Пресомнические нарушения у лиц с ТР и СФР имели некоторые специфические особенности. В первой группе преобладали патологические «ритуалы отхода ко сну», «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». У лиц с кардионевротическими состояниями отмечались «страх ухудшения состояния во сне», «остановки сердца» и «внезапной смерти».

Интрасомнические нарушения (частые ночные пробуждения, длительное засыпание после пробуждения, ощущение «поверхностного» сна) отмечались у 43 (56,6%) больных и также имели определенную специфичность. У пациентов с ТР она проявлялась в виде ночных тревожных пароксизмов продолжительностью до 15–20 минут, сопровождавшихся выраженными вегетативными нарушениями (сердцебиениями, ощущением «перебоев в работе сердца», колебаниями АД, потоотделением и др.). В группе СФР преобладали ночные пробуждения вследствие неприятных ощущений в области сердца сенестопатического характера, нарушений ритма и длительный период (более 45 минут) повторного засыпания, связанный с тревожными переживаниями о «возможном ухудшении состояния».

Постсомнические расстройства (раннее утреннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха, «разбитость», дневная сонливость, сниженная работоспособность) выявлены у 34 (44,7%) пациентов и во многом были следствием нарушений засыпания и поддержания ночного сна. Каких-либо специфических особенностей у пациен-

Табл. 1. Распространенность нарушений сна по данным клинико-психопатологического обследования

Группы расстройств	Больные с нарушениями сна		Больные без нарушений сна	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные расстройства	31	40,8	14	18,4
Соматоформные расстройства	23	30,3	8	10,5
Всего	54	71,1	22	28,9

тов разных групп они не имели и одинаково ухудшали их дневное состояние.

При различных формах ТР и СФР одинаково часто встречались все три типа инсомнических расстройств и, как правило, имело место их сочетание (все три типа были зарегистрированы у 37 (48,7%) пациентов, что во многом определяло большую тяжесть состояния этих больных. Тщательный анализ анамнестических сведений позволил установить, что нарушения сна, как правило, дебютировали пресомническими проявлениями, однако при отсутствии лечения и дальнейшем нарастании тяжести состояния достаточно быстро возникали интра- и постсомнические нарушения.

Общим для всех пациентов было субъективно отмечаемое снижение общей продолжительности сна, увеличение времени засыпания и бодрствования в ночной период. У 15 (19,7%) больных общая продолжительность сна субъективно оставалась прежней или даже увеличивалась, но при этом в дневное время они отмечали выраженную «потерю сил» и «заторможенность».

При обследовании пациентов с использованием методики Спилберга-Ханина были выявлены изменения по шкалам реактивной и личностной тревожности. У лиц с ТР они составили $44,2 \pm 1,6$ и $49,4 \pm 1,4$ балла, в группе СФР $41,5 \pm 1,2$ и $45,7 \pm 1,7$ балла соответственно.

Для объективизации инсомнических нарушений всем пациентам выполнялось полисомнографическое обследование и сравнение гипнограмм с показателями здорового человека.

Полученные данные (табл. 2) свидетельствуют о том, что при диагностике инсомнических нарушений методом полисомнографии распространенность нарушений сна оказалась достоверно выше ($p < 0,05$), чем по данным клинко-психопатологического обследования: 74 (97,4%) и 54 (71,1%) наблюдения соответственно. Таким образом, анализ только клинических данных (жалобы, анамнез) в сопоставлении с диагностическими критериями соответствующих рубрик МКБ-10 не всегда позволял диагностировать наличие нарушений сна у пациентов с ТР и СФР.

Выявленные при полисомнографическом исследовании нарушения были представлены изменениями структуры и некоторых количественных характеристик сна: увеличенным временем засыпания – у 67 (88,2%) (рис. 1, гипнограмма А), сниженной общей длительностью сна (меньше 6 часов) – у 53 (69,7%), фрагментацией

сна у – 50 (65,8%) пациентов (рис. 1, гипнограмма Б). Частые пробуждения (более 5 в течение ночи) наблюдались в 44 (57,9%) наблюдениях. В целом в структуре сна возрастали длительность латентного периода II стадии и дельта-сна (глубокого), активационный индекс движений, уменьшалась продолжительность II стадии (рис. 1, гипнограмма Б); в структуре первого (голографического) цикла увеличивалась продолжительность I стадии (поверхностного сна), процент и количество сегментов бодрствования и снижалась представленность дельта-сна (рис. 1, гипнограмма А).

Данные, характеризующие количественные и структурные показатели инсомнических нарушений, выявленных при полисомнографическом исследовании, представлены на рис. 2.

Гипнограммы пациентов, не предъявлявших жалоб инсомнического характера, характеризовались увеличением времени засыпания – 17 (77,2%), снижением общей продолжительности сна – 14 (64,2%) и частыми пробуждениями – 11 (50,0%) наблюдений. В структуре сна также возрастали длительность латентного периода II стадии и дельта-сна, увеличивалась продолжительность I стадии, а также уменьшалась представленность глубокого медленного сна.

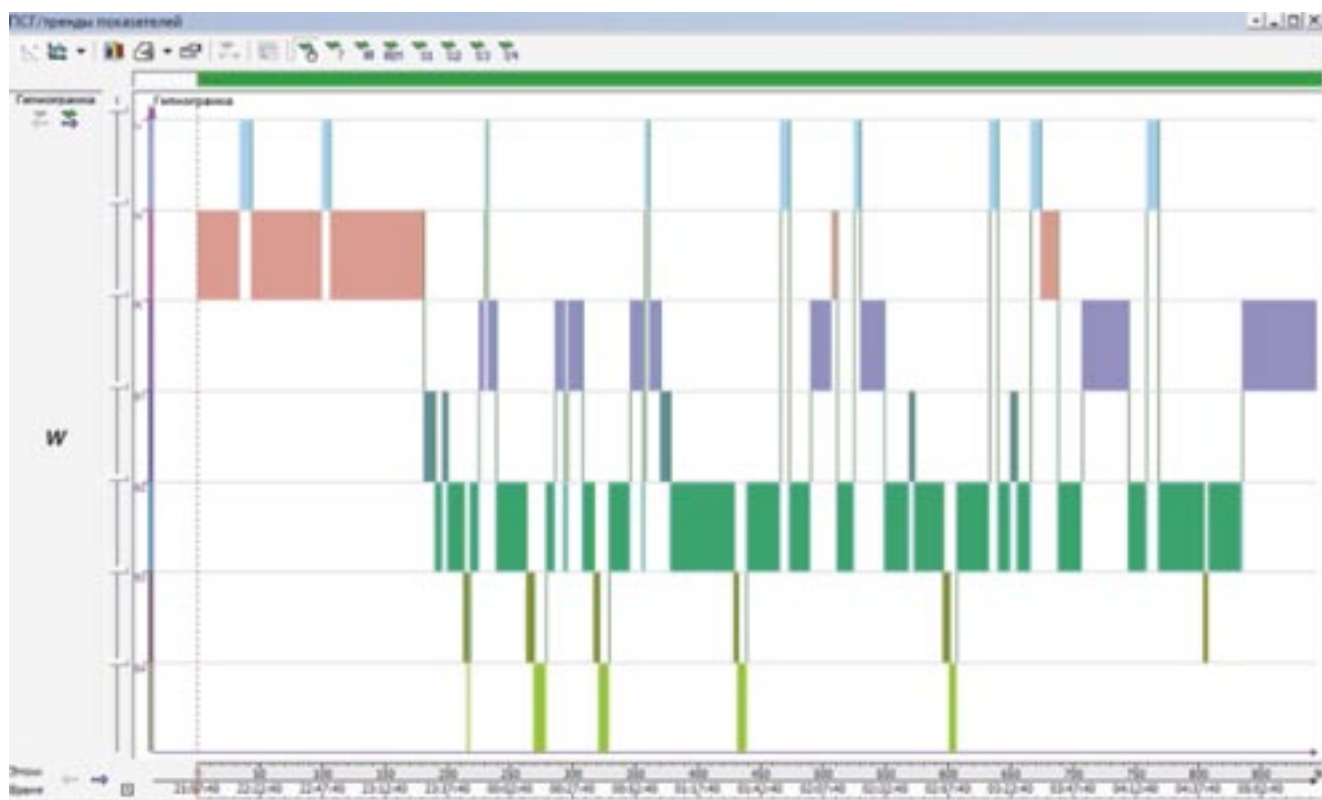
В связи с тем, что почти треть пациентов при опросе и анкетировании субъективно не отмечали нарушений сна, а при полисомнографическом обследовании они были выявлены, для своевременной и качественной диагностики латентных инсомний, а также назначения специфического лечения были верифицированы их клинические маркеры. Установлена высокая корреляционная связь ($r=0,77$, $p<0,05$ и $r=0,74$, $p<0,05$) между объективно выявляемыми нарушениями сна и уровнем реактивной тревожности шкалы Спилберга-Ханина у пациентов с ТР и СФР, что позволило определить РТ в качестве своеобразного «маркера» инсомнических нарушений.

Заключение

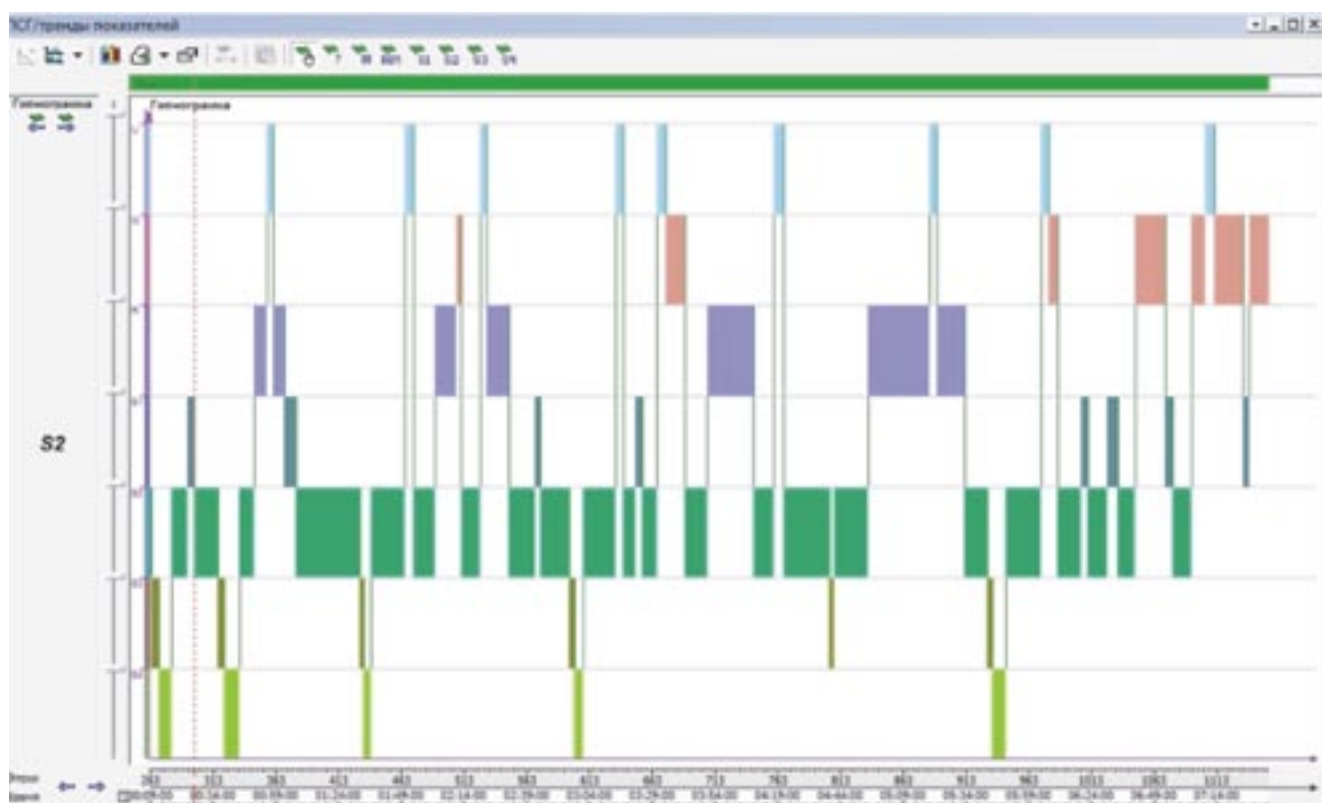
Таким образом, инсомнические нарушения при ТР и СФР представляют собой самостоятельную проблему, ассоциированную с ухудшением динамики психической патологии и ростом числа повторных госпитализаций. Различные клинические варианты инсомнии одинаково часто встречаются при различных формах ТР и СФР и, как правило, имеет место их сочетание (все три типа были зарегистрированы почти у половины пациентов). При этом большое влияние на состояние пациентов оказывают латентные инсомнии, которые не выявляются без специального инструментального (полисомнографического) исследования. Изучение показателей тревожности у пациентов с неотложными кардиологическими состояниями в анамнезе по шкалам Спилберга-Ханина позволяет с высокой вероятностью предположить наличие латентных нарушений сна, приводящих к ухудшению состояния в дневное время. Это делает возможным своевременное лечение диссомний с использованием немедикаментозных

Табл. 2. Распространенность нарушений сна по данным полисомнографического исследования

Группы Расстройств	Больные с нарушениями сна		Больные без нарушений сна	
	абс.	%	абс.	%
Тревожные расстройства	43	56,6	2	2,6
Соматоформные расстройства	31	40,8	–	–
Всего	74	97,4	2	2,6



А



Б

Рис. 1. Гипнограмма (А) мужчины 35 лет с кризовым течением артериальной гипертензии и паническим расстройством и гипнограмма (Б) пациента с соматоформным расстройством. Стрелками отмечены наиболее значимые изменения

Курасов Е.С., Слюсарев А.С., Ремизевич Р.С., Костюк Г.П.
 ДИАГНОСТИКА ЛАТЕНТНЫХ ИНСОМНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА,
 ПЕРЕНЕСШИХ НЕОТЛОЖНЫЕ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

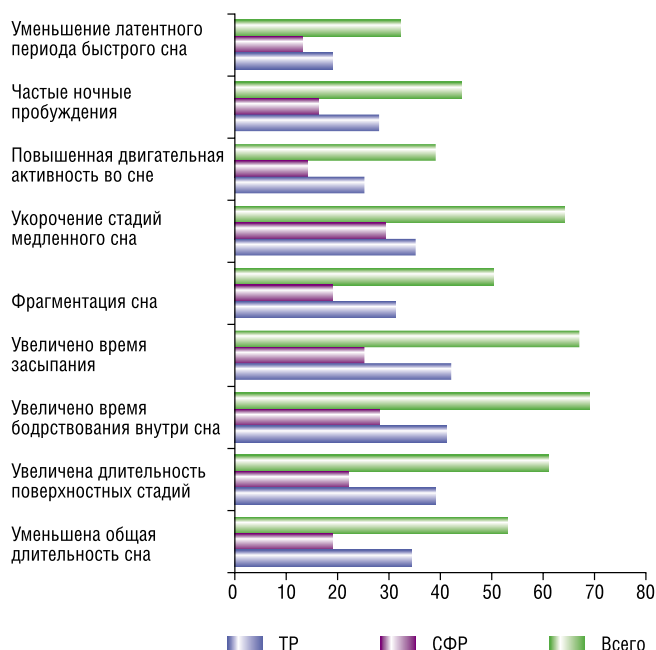


Рис. 2. Характеристика нарушений сна по данным полисомнографического исследования

(гигиена сна, психотерапия) и медикаментозных средств, что способствует улучшению динамики состояния на фоне основного лечения и качества жизни пациентов с ТР и СФР, перенесших неотложные кардиологические состояния.

Литература

1. Александровский Ю.А. Современная психофармакотерапия психогенных расстройств сна / Ю.А. Александровский, А.С. Аведисова, М.С. Павлова, А.А. Горинов. — М., 1998. — 24 с.
2. Вейн А.М. Нарушение сна и бодрствования / А.М. Вейн, Я.И. Левин // Болезни нервной системы. — М.: Медицина, 2001. — С. 391–413.
3. Краснов В.Н. Депрессии и сердечно-сосудистые заболевания / В.Н. Краснов // Практикующий врач. — 2002. — № 2. — С. 22–31.
4. Левин Я.И. Проблема инсомнии в общей врачебной практике / Я.И. Левин, А.М. Вейн // Российский медицинский журнал, 1996. — № 3. — С. 16–19.
5. Смулевич А.Б. Психокоррекция / А.Б. Смулевич [и др.]. — М., 2005. — 735 с.
6. Dingemans I. Медикаментозное лечение бессонницы: практика и перспективы / I. Dingemans // Русский медицинский журнал. — 1995. — № 5. — С. 276–286.
7. Kupler D.J. Management of insomnia / D.J. Kupler, C.F. Reynolds // New Engl. J. Med. — 1997. — Vol. 336. — P. 341–346.
8. Shapiro C.M. Function of sleep / C.M. Shapiro, M.J. Flanagan // Brit. Med. J. — 1993. — Vol. 306. — P. 383–385.
9. Vgontzas A.N. The diagnosis and treatment of chronic insomnia in adults / A.N. Vgontzas // Sleep. — 2005. — Vol. 28. — N 9. — P. 1047–1050.

Контактная информация

Курасов Евгений Сергеевич
 г. Санкт-Петербург, Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова
 Тел.: + 7 (911) 963-02-21
 e-mail: doc4678@mail.ru.