

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕМИДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Ремизевич Р.С., Курасов Е.С.

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, кафедра психиатрии

УДК: 616.8-009.836.14-08-035-053.82

Резюме

Обследовано 105 пациентов молодого возраста с различными формами тревожных расстройств (ТР). Установлено, что 61 (58,1%) пациент предъявлял жалобы на нарушения сна, а 44 (41,9%) субъективно не испытывали проблем со сном. При диагностике инсомний методом полисомнографии распространенность нарушений сна оказалась существенно выше, чем по данным клинико-психопатологического обследования (82,9%). Для своевременной диагностики и эффективного лечения инсомнических расстройств в ходе корреляционного анализа были верифицированы клинические «маркеры» инсомний. На основании полученных данных был разработан алгоритм диагностики и дифференцированного лечения нарушений сна у пациентов с ТР и изучена его эффективность.

Ключевые слова: тревожные расстройства, инсомния, диагностика, лечение.

DIFFERENTIAL TREATMENT OF INSOMNIA IN YOUNG PATIENTS WITH ANXIETY DISORDERS IN GENERAL MEDICINE PRACTICE

Remizevich R.S., Kurasov E.S.

105 young patients with various forms of anxiety disorders are investigated. Found that 61 (58,1%) patients complained of sleep disorders, and 44 (41,9%) subjectively experienced sleep problems. In the diagnosis of insomnia by polysomnography prevalence of sleep disorders was significantly higher than that according to clinical and psychopathological method (82,9 %). For timely diagnosis of sleep disorders and use of differential treatment in the correlation analysis were verified by clinical «markers» of insomnia. Based on the findings developed an algorithm for diagnosis and differential treatment of sleep disorders in patients with anxiety disorders and investigated its effectiveness.

Keywords: anxiety disorders, insomnia, diagnosis, treatment.

Введение

Результаты современных клинико-эпидемиологических исследований свидетельствуют, что более 10% населения в мире страдает каким-либо тревожным расстройством, а в течение жизни их переносят почти 25% людей. По имеющимся оценкам заболеваемость ТР в течение года составляет от 5 до 15% [1]. При этом средний возраст начала заболевания составляет 25–27 лет, а в 75% случаев к 30 годам картина заболевания полностью соответствует диагностическим критериям МКБ-10 [5]. В связи с этим ТР приобретают наибольшую актуальность у лиц молодого возраста.

В исследованиях последних лет отмечается, что проблема ТР становится все более значимой и для общей медицинской практики. А.В. Недоступ (2004), D. Kessler (1999) указывают, что у 30–50% первичных пациентов на терапевтическом приеме тахикардия, сердцебиение, колебания артериального давления являются вегетативным компонентом ТР, а не проявлением собственно кардиологической патологии. При этом, в случае несвоевременной диагностики тревожного характера выявляемых нарушений, эти больные в течение длительного времени получают неадекватную и неэффективную терапию. Более того, отмечаются отчетливые реципрокные взаимоотношения между тревожной симптоматикой и риском формирования кардиальной патологии [5].

Одним из наиболее частых проявлений ТР являются нарушения ночного сна [2, 3]. Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что при ТР инсомнии выявляются в 44–81% случаев. Многообразие и высокая распространенность нарушений сна делают вопросы их диагностики одной из наиболее актуальных задач современной медицины [8]. При этом выражен-

ность инсомнических нарушений часто недооценивается как врачами, так и самими пациентами. В связи с этим лечение нарушений сна у лиц молодого возраста, страдающих ТР, является важной составляющей их комплексного лечения. Однако, несмотря на значительное число научных исследований, посвященных проблеме ТР, вопросы диагностики сопутствующих им инсомнических нарушений, а также принципы дифференцированного лечения освещены недостаточно.

Цель исследования: разработать алгоритм диагностики и дифференцированного лечения пациентов молодого возраста с инсомническими нарушениями при тревожных расстройствах в общей медицинской практике.

Материал и методы исследования

Исследовано 105 пациентов в возрасте 22–35 лет (средний возраст $27,6 \pm 4,1$ года), проходивших лечение в клинике психиатрии ВМедА по поводу панического расстройства (ПР, $n_1 = 35$), генерализованного тревожного расстройства (ГТР, $n_2 = 45$) и смешанного тревожного и депрессивного расстройства (СТДР, $n_3 = 25$). Исследование проводилось в три этапа: клинико-психопатологическое обследование, нейрофизиологическое (полисомнографическое) исследование (ПСГ) с регистрацией основных параметров ночного сна, математическо-статистическая обработка, определение клинико-сомнографических коррелятов и разработка алгоритма комплексной диагностики и лечения ТР с инсомническими нарушениями. Клинико-психопатологическое обследование дополнялось клинико-метрическим с использованием психометрических шкал оценки депрессии (CES-D), шкалы тревоги Гамильтона (HARS), Питтсбургской шкалы оценки сна (PSQI), анкеты

субъективной оценки сна (АОС) и шкалы оценки астении (FAS-10). При анализе патопсихологических характеристик использовалась шкала самооценки тревожности Спилбергера-Ханина (показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности). Математико-статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета прикладных программ «Statistica 6.0 for Windows».

Результаты и их обсуждение

Проведенное исследование показало, что 61 (58,1%) пациент с ТР предъявлял жалобы на нарушения сна. При этом появление инсомний сопровождалось определенным снижением уровня социально-психологической адаптации (27,6%) в виде конфликтности, повышенной агрессивности с одной стороны, и замкнутости, изолированности, снижения самооценки — с другой. Остальные 44 (41,9%) пациента с ТР субъективно не испытывали проблем со сном (табл. 1).

Результаты клинико-психопатологического и клинимоетрического обследования, в целом, совпадали. В то же время было установлено, что пациенты с ПР отмечали наличие нарушений сна лишь при подробном сборе сомнологического анамнеза, а в структуре предъявляемых жалоб субъективно выделяли преимущественно тревожную симптоматику. Обследуемые с ГТР и СТДР, предъявлявшие жалобы на инсомнии, более точно подтверждали их наличие результатами шкал PSQI и АОС.

В основе выявленных нарушений сна лежали три группы инсомнических расстройств, определяемых временем возникновения по отношению к процессу сна: пресомнические (затрудненное засыпание длительностью более 30 минут), интрасомнические (частые ночные пробуждения, длительное повторное засыпание и ощущение «поверхностного» сна) и постсомнические (раннее утреннее пробуждение, отсутствие чувства отдыха, «разбитость», дневная сонливость, сниженная работоспособность). Разнообразие клинических вариантов инсомний у разных больных было обусловлено феноменологическими особенностями, выраженностью нарушений и их сочетанием.

Результаты экспериментально-психологического и клинимоетрического обследований пациентов с различными формами ТР также свидетельствовали о наличии выраженных симптомов тревоги, депрессивной симптоматики субсиндромального уровня и астенических нарушений (табл. 2).

Больные с ГТР были склонны недооценивать свое общее состояние, в то время как обследуемые с ПР преувеличивали степень его тяжести. При этом, данные экспериментально-психологического исследования подтверждали результаты клинико-психопатологического обследования.

В соответствии с дизайном исследования всем пациентам с ТР проводилось полисомнографическое обследование. Данные о распространенности нарушений сна, выявленные методом ПСГ, представлены в таблице 3.

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

Группы расстройств	Обследуемые с нарушениями сна		Обследуемые без нарушений сна	
	абс.	%	абс.	%
Паническое расстройство ($n_1 = 35$)	20	57,1*	15	42,9
Генерализованное тревожное расстройство ($n_2 = 45$)	26	57,8*	19	42,2
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($n_3 = 25$)	15	60,0*	10	40,0
Всего ($n_{\text{общ.}} = 105$)	61	58,1*	44	41,9

Примечание: * – достоверность различий по показателю между обследуемыми с наличием и отсутствием инсомний ($p < 0,05$).

Табл. 2. Средние значения показателей тревоги, депрессии и астенических нарушений у обследованных с разными формами ТР

Группы обследуемых	Показатели тревоги			Показатель астении (FAS-10)	Показатель депрессии (CES-D)
	РТ	ЛТ	УТГ		
Паническое расстройство	58,7 ± 1,6	44,2 ± 3,3	24,2 ± 1,4	40,1 ± 1,2	19,3 ± 1,8
Генерализованное тревожное расстройство	54,1 ± 2,3	52,3 ± 1,5	21,5 ± 2,5	36,5 ± 3,2	18,4 ± 2,1
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	50,2 ± 2,1	42,1 ± 2,8	19,1 ± 3,5	38,1 ± 2,2	24,1 ± 1,5

Табл. 3. Распространенность нарушений сна при ТР по данным полисомнографического исследования

Группы обследуемых	Обследуемые с нарушениями сна		Обследуемые без нарушений сна	
	абс.	%	абс.	%
Паническое расстройство ($n_1 = 35$)	29	82,9*	6	17,1
Генерализованное тревожное расстройство ($n_2 = 45$)	37	82,2*	8	17,8
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство ($n_3 = 25$)	21	84,0*	4	16,0
Всего ($n_{\text{общ.}} = 105$)	87	82,9*	18	17,1

Примечание: * – достоверность различий по показателю между обследуемыми с наличием и отсутствием инсомний ($p < 0,01$).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что при диагностике инсомний методом ПСГ распространенность нарушений сна оказалась существенно выше, чем по данным клинико-психопатологического обследования. Результаты ПСГ обследования основывались на объективной оценке структуры и качества ночного сна, что позволяло контролировать и сопоставлять их с субъективными сведениями, получаемыми от больных.

Качественные и количественные изменения нейрофизиологических характеристик ночного сна были выявлены у 82,2% обследованных пациентов с ГТР, у 82,9% с ПР и у 84,0% со СТДР, тогда как по результатам клинко-психопатологического обследования они составили только 57,8%, 57,1% и 60,0% наблюдений, соответственно. При этом различия были достоверны в каждой группе ТР ($p < 0,05$). Таким образом, использование данных жалоб, анамнеза, психометрических шкал и диагностических критериев соответствующих рубрик МКБ-10 не всегда позволяло диагностировать наличие нарушений сна у больных с ТР.

В целом, в ходе ПСГ были выявлены следующие изменения, характеризующие количественные и структурные показатели сна у пациентов с ТР: укорочение стадий медленного (глубокого) non-REM сна — 79 (75,2%), снижение общей длительности сна — 78 (74,3%), увеличение длительности REM-сна — 72 (68,6%), увеличение времени засыпания — 76 (72,4%) и времени бодрствования внутри сна — 69 (65,7%), фрагментация сна — 70 (66,7%), повышение двигательной активности во сне — 65 (61,9%) наблюдений.

Для своевременной диагностики инсомнических расстройств и назначения дифференцированного лечения были верифицированы клинические «маркеры» этих нарушений. При определении корреляционной связи между клиническими данными и результатами нейрофизиологического исследования были выбраны выявленные ранее наиболее значимые показатели инсомний у пациентов с ТР (табл. 4).

Корреляционный анализ выявил высокую связь между уменьшением длительности дельта-сна (III и IV стадии non-REM сна) и высокой реактивной тревожностью ($r_1 = 0,77$, $p < 0,05$), а также между показателем уровня астенических расстройств (ПАН) и фрагментацией сна ($r_2 = 0,74$, $p < 0,05$). В то же время между временем засыпания и бодрствования, длительностью поверхностных стадий и парадоксального сна и показателями высокой реактивной тревожности (ВРТ) и астенических нарушений (ПАН) отмечалась умеренная корреляционная связь с диапазоном коэффициента корреляции от 0,39 до 0,63. При этом достоверных различий корреляционных связей между разными формами ТР не выявлено ($p > 0,05$). Это позволило определить ВРТ и ПАН в качестве своеобразных «маркеров» инсомнических нарушений.

На основании полученных данных был разработан алгоритм диагностики и лечения инсомнических нарушений у пациентов с ТР (рис. 1). В соответствии с комплексом предложенных мероприятий, пациент определялся в одну из трех групп: с нарушениями сна, с высоким риском развития нарушений сна и без нарушений сна, с последующим назначением дифференцированного лечения. При этом назначалась «классическая терапия» (препараты антидепрессивного и анксиолитического ряда), которая дополнялась медикаментозными (гипнотики) и немедикаментозными (психотерапия, гигиена сна) методами в зависимости от выбранной группы.

Табл. 4. Корреляционные взаимосвязи инсомнических нарушений при ТР по клиническим и инструментальным данным

Нейрофизиологические показатели	Клинические данные			
	ВРТ	УРТ	УТГ	ПАН
Время засыпания	0,52	0,34	0,31	0,63
Время бодрствования внутри сна	0,39	0,29	0,44	0,46
Длительность I и II (поверхностных) стадий сна	0,48	0,54	0,25	0,44
Укорочение дельта-сна	0,77	0,27	0,31	0,53
Длительность парадоксального сна	0,51	0,28	0,26	0,41
Фрагментация сна	0,62	0,39	0,32	0,74

Примечание: ВРТ — высокая реактивная тревожность (> 44 баллов), УРТ — умеренная реактивная тревожность (31–44 балла); УТГ — уровень тревоги по шкале HARS; ПАН — показатель астенических нарушений FAS-10 (> 24 баллов).

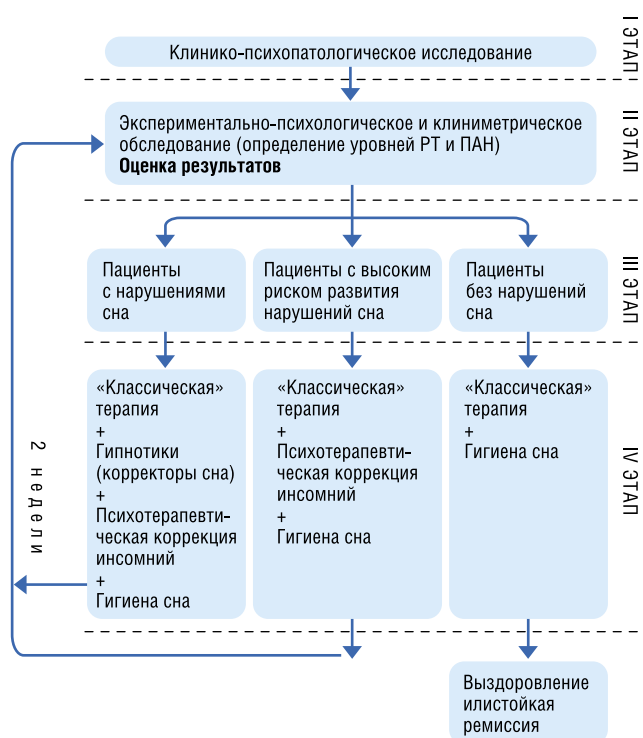


Рис. 1. Алгоритм комплексной диагностики и дифференцированного лечения пациентов с ТР

Для верификации эффективности разработанного алгоритма проведено исследование в ходе которого было установлено, что его применение приводило к достоверному ($p < 0,05$) снижению сроков госпитализации ($19,3 \pm 3,2$ и $12,2 \pm 1,9$ дня, соответственно).

Заключение

Проведенное исследование показало, что нарушения сна у пациентов с ТР являются высоко распространенным явлением, требующим назначения адекватной терапии. При этом значительная часть инсомний носит скрытый (латентный) характер и не выявляется при традиционном клинко-психопатологическом (в т.ч. клинметриче-

Ремизевич Р.С., Курасов Е.С.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСОМНИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВАХ
У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ОБЩЕМЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

ском) обследовании. Применение алгоритма комплексной диагностики, основанного на совмещении результатов экспресс-диагностики психического состояния (с использованием психометрических шкал) и экспериментально-психологического обследования позволяют проводить дифференцированное лечение пациентов с ТР в общей медицинской практике.

Литература

1. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 240 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. Левин Я.И. Депрессия и нарушения сна / Я.И. Левин, М.В. Ковальчук // Эффективная фармакотерапия в неврологии и психиатрии. — 2010. — № 4. — С. 18–25.
4. Недоступ А.В. Психовегетативные соотношения и их коррекция при вегетативной дисфункции синусового узла / А.В. Недоступ, В.И. Федорова, А.А. Казиханова // Клинич. медицина, 2004. — № 10. — С. 26–30.
5. Смулевич А.Б. Депрессия как общемедицинская проблема: вопросы клиники и терапии / А.Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8, № 3. — С. 4–10.
6. Kessler D. Symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care / Kessler D., Lloyd K., Lewis C. // BMJ. — 1999. — Vol. 318. — P. 436–439.
7. 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
Тел.: +7 (911) 963-02-21
e-mail: doc4678@mail.ru.