

ЛЕЧЕНИЕ НОЧНОГО СНА У БОЛЬНЫХ С ГОЛОВНОЙ БОЛЬЮ НАПРЯЖЕНИЯ

Н.М. Фокина

Отдел патологии вегетативной нервной системы ММА им. И.М. Сеченова

Одним из частых симптомов у больных с головной болью напряжения (ГБН) является нарушение ночного сна – инсомния. В связи с этим нами исследовалась субъективная оценка сна у 197 больных с ГБН. С помощью сонной анкеты, разработанной в нашем Отделе.

В соответствии с общепринятой классификацией выделены две основные группы: больные с эпизодической ГБН (ЭГБН) – 78 человек (мужчин – 27, женщин – 51, средний возраст – 23,5 года), Больные с хронической ГБН (ХГБН) – 119 человек (мужчин – 39, женщин – 80, средний возраст – 34,3 года), а также 20 здоровых испытуемых (мужчин – 10, женщин – 10, средний возраст 24,6 года). Нарушение ночного сна отмечалось в различных периодах жизни, начиная с 17 лет и до 52; с возрастом нарастала как частота, так и глубина нарушений сна (если не проводилось лечение современными гипнотиками).

Расстройство сна изучалось в каждой из трех его стадий: пресомнической, интрасомнической и постсомнической.

Пресомнические нарушения отмечены у 37% больных ЭГБН и у 38% с ХГБН. Эти больные трудно засыпали, не находя удобного положения в постели, долго находились под впечатлением дневных отрицательных ситуаций (“переосмысливая их”), навязчивых воспоминаний, отмечали тревожное настроение, беспокойство, часто возникали различные вегетативные нарушения как перманентные, так и пароксизмальные, нередко усиливались имеющиеся болевые ощущения на этом фоне. Возникала мысль, что пациент не сможет теперь уснуть и эта “мыслительная жвачка” становилась доминирующей.

Интрасомнические нарушения сна зарегистрированы у 40% больных с ЭГБН и у 26% больных с ХГБН.

Больные в интрасомническую фазу засыпали сразу, но сон был неглубокий, поверхностный, просыпались без всякой причины, среди полной тишины и очень трудно вновь засыпали. Иногда пробуждение наступало в результате устрашающих сновидений, фантастических образов, катастроф, обвалов, болевых ощущений. После таких переживаний больные долго не могут уснуть. Проснувшись, больные испытывают сердцебиения, одышку, потливость. После такого сна вместо ощущения бодрости больные отмечали усталость, вялость, разбитость. В наших наблюдениях интрасомнические расстройства несколько чаще выявлялись у больных, у которых психо - вегетативный компонент был доминирующим в клинической картине заболевания, особенно в группе больных с ХГБН.

Постсомнические расстройства наблюдались у 23% больных с ЭГБН и у 26% больных с ХГБН. Для больных этой группы характерным было раннее пробуждение, которое часто наступало на фоне поверхностного плохого сна и больной просыпался вялым, разбитым, с ощущением плохого самочувствия, слабости, дурного настроения, апатии, сонливости, эмоциональной неустойчивости.

Субъективная оценка сна группы больных в целом была достоверно хуже, чем у здоровых испытуемых ($p < 0,05$).

Обобщая приведенные наблюдения, можно отметить, что при изучении субъективных характеристик сна было выявлено достоверное нарушение длительности засыпания в группе больных с ЭГБН ($p < 0,05$), тогда как у пациентов с ХГБН наблюдались более выраженные расстройства сна: достоверно увеличивалось время засыпания, число ночных пробуждений и количество сновидений, достоверно меньше была продолжительность сна. Выраженность головной боли по данным ВАШ существенно не влияла на субъективную оценку сна у всех больных. Отмечена прямая зависимость “качества жизни” и нарушений сна: низкое “качество жизни” сопровождалось ухудшением засыпания и увеличением числа ночных пробуждений. Все пациенты отмечали плохое самочувствие после пробуждения.

Следует особо подчеркнуть, что уровень тревожных и депрессивных расстройств оказывал существенное влияние на субъективную оценку сна: у больных с выраженной тревогой и депрессией субъективная характеристика сна была достоверно хуже, чем у больных с низкой степенью этих расстройств ($p < 0,05$) независимо от формы ГБН.

Таким образом, нарушения сна характерны для всех больных с ГБН. Однако имеются различные паттерны этих расстройств в зависимости от формы ГБН и уровня тревожно – депрессивных расстройств. У больных с ХГБН все показатели сна в трех фазах были несколько хуже, чем у больных с ЭГБН. По-видимому, это связано с хроническим течением заболевания, возрастом больных (эти пациенты были старше больных с ЭГБН), у этих больных были выражены тревожные и депрессивные проявления. Несколько чаще нарушения сна отмечались у женщин, причем четко прослеживалась зависимость от возраста и уровня профессионального образования.

У 35% больных с ГБН (преимущественно ХГБН) инсомния была одной из доминирующих жалоб наряду с жалобами на ГБ и не исчезала от проводимой терапии основного заболевания, что явилось показанием для включения психотропных снотворных препаратов в общую схему лечения.

В настоящее время широко используются препараты, непосредственно воздействующие на эмоционально – мотивационную сферу. К ним относятся транквилизаторы, анксиолитики и антидепрессанты. Большое значение имеют препараты, обладающие высокой эффективностью при терапии нарушений сна. К ним относятся зопиклон (имован), золпидем (ивадал).

Имован (зопиклон) является первым снотворным в ряду циклопирролонов, небензодиазепиновым лигандом ГАМК хлор-ионного рецепторного комплекса, который усиливает проводимость ГАМК-ергических рецепторов. Он связывается только с центральными рецепторами и не обладает аффинитетом к периферическим бензодиазепиновым рецепторам. Имован сохраняет продолжительность стадии с быстрыми движениями глаз, этот эффект распространяется и на медленноволновую фазу сна, продолжительность которой даже удлиняется.

Имован показан для лечения не только транзиторной, ситуационной и хронической инсомнии, короткие курсы этого препарата оказались эффективными при вторичной инсомнии на фоне психических расстройств. Имеются данные в литературе об эффективности назначения имована в сочетании с антидепрессантами при лечении депрессии, тревожных состояний, эффективности у пожилых пациентов.

Терапию целесообразно начинать с дозы 3,75 мг (1/2 т.) на ночь, так как выведение имована у больных с печеночной недостаточностью задерживается, но не более 7,5 мг (1т.). Назначения более высоких доз следует избегать.

У всех больных (197 человек), которые получали имован сначала по 1/2 т.(1-2 дня), а затем по 1 таб. На ночь отмечалась нормализация сна независимо от фазы его расстройства. Больные просыпались с ощущением свежести, бодрости и в течение дня отмечали нормальную работоспособность.

КАВИНТОН В ЛЕЧЕНИИ СОТЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

О.В.Мидленко, М.А.Мидленко

Кафедра госпитальной хирургии Ульяновского государственного университета

Ульяновская городская больница № 1

Детский нейрохирургический центр

Проблема лёгкой черепно-мозговой (ЧМТ) травмы у детей является актуальной в связи с её прогрессирующим ростом и распространённостью в группе (ЧМТ) до 80% от всех ЧМТ (Маджидов Н.М. и соавт., 1980; Арбатская Ю.Д., Боголепов Н.К., 1989; Качков Л.А., Филимонов В.А., 1997; Коновалов А.Н., и соавт., 1998). Частота госпитализаций по поводу лёгкой (ЧМТ) составляет 131 человек на 10000 населения (Орлов Ю.А. и соавт., 1999; Fisher J., 1997).

Многими авторами описаны различные осложнения сотрясения головного мозга (СГМ), регистрируемые у 50% детей в отдалённом периоде (Kimberly S. et al., 1997).

Уже в первые сутки после травмы возникают признаки повышения сосудистого тонуса и снижения пульсового кровенаполнения (Горбунов В.И., с соавт.1996). При травме рефлекторно-сосудистые реакции являются результатом как непосредственного воздействия травмы на сосудистую стенку, так и заложенных в них центров вегетативной регуляции. Как следствие рефлекторно-вазомоторных реакций наступают острые нарушения мозгового кровообращения: спазм или расширение сосудов с явлениями престаза и стаза, с повышением проницаемости сосудистых стенок, с плазморагией, эритродиapedезом и реже механическим повреждением сосудов (Крылова В.В. и соавт., 1987; Сировский Э.Б. и соавт., 1991; Horiuchi J., 1990).

Ранняя патогенетически обоснованная терапия в остром периоде сотрясения головного мозга у детей, позволяющая предотвратить дальнейшее развитие травматической болезни и её прогрессивное течение является наиболее перспективной (Артарян А.А. и соавт., 1987; Полякова В.Б., 1991; Fisher J., 1997).

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности кавинтона в комплексном лечении детей в остром периоде сотрясения головного мозга.

Материал и методы исследования: Данное исследование выполнено на базе Ульяновского детского нейрохирургического центра.

Под нашим наблюдением находились 88 детей в остром периоде сотрясения головного мозга, из них - 64 мальчика и 24 девочки. Преобладали дети в возрасте 7 - 14 лет. Средний койко-день составил 10 дней. После выписки из стационара в течение 21 дня дети наблюдались в поликлинике.

Диагноз ставился на основании клиники, факта наличия травмы, клинических обследований: нейроофтальмологического осмотра, реоэнцефалографии, электроэнцефалографии, электрокардиографии, кардиоинтервалографии, транскраниальной нейросонографии, рентгенографии черепа,- согласно современной классификации (Коновалов А.Н. и соавт., 1992; Kononov et al., 1995; Likhberman L.B. et al., 1999).

Комплекс лечения всех детей в остром периоде сотрясения головного мозга включал в себя применение сосудистых препаратов, ноотропов, анальгетиков, антигистаминных препаратов. Все препараты применялись в обычной возрастной дозировке.