УДК: 616.8-009.836:612.24: 616.832-004.12 DOI: https://doi.org/10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-35

Сухоруков В. В., Забродіна Л. П., Бовт Ю. В., Привалова Н. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Особливості структури нічного сну у хворих на розсіяний склероз

Нині порушення сну при розсіяному склерозі (РС) реєструються у 40—50 % випадків. Диссомнії при РС можуть бути як прямими наслідками захворювання, так і вторинними щодо факторів, пов'язаних із болем, депресією чи впливом медикаментів. У пацієнтів з РС найчастіше відзначається розлад сну інсомнія. Інсомнія — розлад засинання та підтримання сну. У разі розсіяного склерозу 53 % хворих страждають від нічних пробуджень, а 58 % — від ранніх остаточних пробуджень. Порушений сон при розсіяному склерозі може впливати на когнітивні та соматичні функції пацієнта, посилювати психоемоційні розлади. В сучасній літературі проблема порушення сну у хворих на РС залишається недостатньо висвітленою, тому **мета** нашого **дослідження** — визначити об'єктивні зміни в структурі нічного сну у хворих на розсіяний склероз за даними полісомнографії.

Завдання дослідження: визначити зміни в структурі нічного сну у хворих з різними типами перебігу РС та провести порівняльний аналіз отриманих даних.

Матеріали та методи. Обстежено 45 хворих на РС, із них 22 — з ремітивним перебігом РС (РРС) та 23 — з прогредієнтним перебігом РС (ПРС). Усі обстежені мали клінічні симптоми первинної хронічної інсомнії. Вік хворих був у межах 35—60 років (середній — 47,21 ± 1,59 років), щоб виключити фактор зміни показників сну, зумовлених віком. Запис нічного сну здійснювали за допомогою комп'ютерного енцефалографа «Нейрон-Спектр 4/ВПМ» до початку проведення курсу лікування. Достовірність відмінностей визначали за допомогою непараметричного критерію Манна — Уїтні — Вілкоксона при рівні значущості $p \leq 0,05$.

Результати. За результатами аналізу даних полісомнографічного дослідження встановлено, що порівняно з нормативними даними, у більшості обстежених хворих на РС була зменшена тривалість сну та порушена безперервність сну у вигляді збільшення латентності сну, кількості тривалих нічних пробуджень та тривалості неспання в період сну, а також зменшення індексу ефективності сну на тлі відносної збереженості структури циклів сну. Різниця між групам полягала в ступені виразності цих змін.

Зокрема, у хворих з РРС та у хворих з ПРС визначені статистично значущі міжгрупові розбіжності з превалюванням у хворих з РРС за такими показниками: тривалість фази повільнохвильового сну (РРС 275,10 ± 11,01 хв; ПРС 246,21 ± 10,14 хв), представленість стадії S2 (РРС 36,30 ± 1,53 %; ПРС 31,24 ± 2,01 %), середня тривалість сегментів стадії S3 (РРС 4,24 ± 0,28 хв; ПРС 2,64 ± 0,23 хв), середня тривалість сегментів дельта-сну (РРС 17,00 ± 1,40 хв; ПРС 10,79 ± 1,03 хв), середня тривалість сегментів фази повільнохвильового сну (РРС 25,75 ± 1,21 хв; ПРС 18,93 ± 1,37 хв), індекс ефективності сну (РРС 74,52 ± 2,26 %; ПРС 66,84 ± 3,00 %). Рівня достовірних розбіжностей досягли показники середньої частоти серцевих скорочень (РРС 63,33 ± 1,27 уд/хв; ПРС 67,74 ± 1,52 уд/хв) та максимальної частоти серцевих скорочень (РРС 130,95 ± 2,73 уд/хв; ПРС 141,13 ± 2,85 уд/хв) з переважанням у хворих з ПРС. Визначено, що у хворих з РРС порівняно з хворими з ПРС достовірно вища ефективність нічного сну, більша тривалість фази повільнохвильового сну, що опосередковано передусім представленістю поверхневого сну. Виявлено також, що у хворих з РРС значно довша тривалість сегментів фази повільнохвильового сну, але ця різниця забезпечена через подовження сегментів дельта-сну.

Незважаючи на те, що показники представленості дельта-сну в загальній структурі сну в групах спостереження статистично не відрізнялись (РРС 22,99 ± 1,59 %; ПРС 23,77 ± 2,19 %), показник середньої тривалості сегментів дельта-сну вказував на більшу стабільність реалізації глибокого сну у хворих з РРС. Базові характеристики сну, як-от час засинання (РРС 22,38 ± 1,33 хв; ПРС 23,63 ± 4,38 хв), загальна тривалість сну (РРС 345,86 ± 17,38 хв; ПРС 313,45 ± 14,81 хв), тривалість неспання в період сну (РРС 85,40 ± 11,38 хв; ПРС 105,85 ± 13,49 хв), циклічна організація сну (РРС 3,19 ± 0,25 циклів; ПРС 3,17 ± 0,21 циклів) в групі з РРС та групі з ПРС достовірних розбіжностей не досягли.

Висновки. Отже, у хворих на РС порушення структури нічного сну зумовлено більшою мірою активацією десинхронізуючих механізмів мозку, що проявлялось збільшенням кількості та тривалості нічних пробуджень, посиленням фрагментації глибинних стадій повільнохвильового сну, раннім остаточним пробудженням. Виявлені порушення переважали у хворих з прогредієнтним перебігом РС. Результати цього дослідження стануть підґрунтям для розробки заходів корекції порушень сну у хворих на РС.