

*Забродіна Л. П., Бовт Ю. В., Сухоруков В. В., Привалова Н. М.  
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

### Особливості структури нічного сну у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію

Дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ) є дифузним порушенням кровопостачання головного мозку, що повільно прогресує, з різноманітними дефектами його функціонування. Спектр суб'єктивних скарг у хворих на ДЕ — надзвичайно різноманітний. Поряд зі скаргами на головний біль, запаморочення, шум у голові, вухах, зниження пам'яті, уваги часто пацієнтів турбує порушення сну, швидка стомлюваність, зниження працездатності. Останні скарги є найпоширенішими. Згідно з проведеними дослідженнями, скарга на порушення сну виявляється більш ніж у 70 % хворих на ДЕ. Дисциркуляторна енцефалопатія здебільшого є вікозалежною патологією. Тому клініцистам властиво розглядати скаргу на порушення сну у межах загального старіння організму, ігноруючи можливі інші причини інсомнії, що, безумовно, відбивається на ефективності терапії цього симптому. Водночас звичні для людей похилого віку порушення сну не тільки призводять до погіршення якості життя, посилення когнітивних порушень і психологічних проблем, але й впливають на прогресування церебральної мікро- і макроангіопатій і смертність. Циркадіанні зміни в циклі сон — неспання можуть збільшити ризик серцево-судинних та цереброваскулярних катастроф.

**Мета** нашого дослідження: визначити об'єктивні зміни в структурі нічного сну у хворих на дисциркуляторну енцефалопатію за даними полісомнографії. Обстежено 33 хворих на ДЕ віком 40—60 років (середній —  $54,83 \pm 2,02$  роки). Полісомнографічне дослідження здійснювали з використанням комп'ютерного енцефалографа «Нейрон-Спектр 4/ВПМ» до початку призначення курсу лікування. Проводили зіставлення результатів полісомнографічного дослідження з нормативними даними, розробленими Американською асоціацією медицини сну 2015 року. Ці регламентуючі документи з'явилися внаслідок накопичених доказів про порушення та зміну якості і тривалості сну в зв'язку з несприятливим прогнозом, а також побоювань, пов'язаних з поступовим зменшенням середньо-популяційної тривалості сну і збільшенням поширеності різноманітних порушень сну. Про це свідчать результати суб'єктивної оцінки на підставі опитувань, проведених у США та Європі.

Основним завданням дослідження був аналіз саме об'єктивних показників сну, отриманих за допомогою полісомнографії. Низка досліджень свідчить про кореляцію між суб'єктивною та об'єктивною оцінками якості сну. Найчастіше спостерігається розбіжність (невідповідність) суб'єктивного сприйняття та об'єктивно вимірних показників, що може бути зумовлено низкою факторів: особливостями об'єктивних та суб'єктивних методів досліджування, умовами проведення обстеження; неправильними розрахунками (наприклад, тривалості сну при суб'єктивному оцінюванні); психологічними факторами, настроєм (та його змінами); фізіологічними

особливостями (зокрема показниками макро- та мікроструктури сну, активацією центральної нервової системи, особливостями вегетативної регуляції); супутніми захворюваннями та прийманням лікарських засобів.

**Результати.** Порівняння показників структури нічного сну у хворих на ДЕ з нормативними для цього віку показали, що базовий показник тривалість сну у обстежених хворих був нижче нормативного, але відповідав межах допустимих значень, а саме —  $304,55 \pm 23,15$  хвилин. Проведено також зіставлення показників безперервності сну: латентність сну, кількість тривалих (понад 5 хвилин) пробуджень, тривалість неспання в період сну та індекс ефективності сну з нормативними даними. У хворих на ДЕ процес засинання подовжений до  $26,98 \pm 1,15$  хвилин, але ці дані уклалися у межі допустимих 30—60 хвилин. Кількість тривалих пробуджень не повинна перевищувати оцінку 3, у хворих на ДЕ цей показник —  $5,45 \pm 0,91$ . Важливим є показник тривалості неспання в період ночі. За цим показником виявлено значне переважання як нормативних, так і допустимих меж, але даних про клінічно небезпечні показники не визначено. У хворих на ДЕ нічне неспання зайняло  $84,18 \pm 10,55$  хвилин. Останній показник безперервності сну — це індекс ефективності сну, його обчислювали з урахуванням часу сну та часу неспання. Індекс ефективності сну у обстежених хворих знижений до  $72,39 \pm 1,97$  %, причому ці значення досягли межі клінічно небезпечних.

Проведено також аналіз структури нічного сну. Виявлено, що у хворих на ДЕ відсотковий вміст стадії S1 збільшений та виходить за межі допустимого рівня і становить  $7,11 \pm 1,23$  %. У хворих на ДЕ показники відсотку стадії S2 менше ніж 50 %, а саме  $47,03 \pm 3,04$  %, що за новими рекомендаціями відповідає допустимим межах і не вважається небезпечним. Далі визначали відсоток дельта-сну. За новими нормативами для осіб зрілого віку дельта-сон має укладатися у межі 16—20 %. Цікаво, що обмеження верхньої межі не визначено, а нижня межа — 5 %. У хворих на ДЕ значення вмісту дельта-сну було у допустимих межах —  $13,09 \pm 1,88$  %. Щодо вмісту фази швидкого сну (ФШС) — надані нормативні значення 21—30 %, а допустимі значення — без визначеної нижньої межі, при верхній — 40 %. У хворих на ДЕ вміст ФШС менше нормативного —  $10,86 \pm 1,31$  %.

**Висновки.** Підбиваючи підсумок, слід відзначити, що у більшості хворих на ДЕ порушення структури сну характеризувались пригніченістю регуляторних сомногенних механізмів мозку, що призводило до подовження часу засинання, зменшення відсоткового вмісту глибинних стадій фази повільнохвильового сну та представленості фази швидкого сну, низьких показників індексу ефективності сну. Результати цього дослідження слід брати до уваги в клінічній практиці.