

Н. А. Марута, Е. Е. Семикина

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины
(г. Харьков)

РАССТРОЙСТВА СНА ПРИ НЕВРАСТЕНИИ (ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ)

Неврастения является одной из наиболее распространенных форм патологии среди невротических расстройств [1, 5]. В структуре клинических симптомов неврастении нарушения сна занимают одно из ведущих мест, причем характерны нарушения как начальных, так и промежуточных фаз сна. Необходимо отметить, что диссомнии тесно связаны с такими ключевыми клиническими нарушениями неврастении как повышенная утомляемость, слабость, вялость, снижение работоспособности, раздражительная слабость [3, 6]. Клинические наблюдения позволяют сделать вывод о том, что нормализация полноценного сна, а также достижение оптимального баланса сна и бодрствования являются одним из главных объективных критериев оценки динамики состояния и эффективности терапевтической коррекции неврастении. В связи с этим особую важность приобретает оптимальный выбор фармакологических препаратов, оказывающих влияние на функцию сна [2, 4, 7].

К современным требованиям, предъявляемым к снотворным средствам, относятся их высокая эффективность в отношении воздействия на диссомнии, безопасность и отсутствие побочных действий. Наиболее частым побочным действием препаратов, обладающих снотворным эффектом, является развитие т. н. последствий, когда после нормализации ночного сна пациенты отмечают сонливость, вялость, рассеянность в течение дня. В связи с этим ведется постоянный поиск оптимальных средств, соответствующих указанным требованиям.

Нами было проведено исследование препарата «Сондокс», таблетки по 0,015 г производства ОАО «ХФЗ «Красная звезда» — снотворного препарата класса этаноламинов из группы блокаторов гистаминовых H1-рецепторов. Он обладает седативным и M-холиноблокирующим действием, сокращает длительность засыпания, увеличивает продолжительность и качество сна, при этом не изменяет фазы сна. Основное действующее вещество — доксиламина сукцинат (0,015 г). «Сондокс» хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта, биотрансформация осуществляется в печени. Основная часть доксиламина сукцината (около 60 %) выводится в неизменном виде с мочой, часть выводится с фекалиями.

Под нашим наблюдением находились 35 больных неврастенией с ведущими в клинической картине нарушениями сна в виде затрудненного засыпания, недостаточной глубины и продолжительности сна, частыми просыпаниями, отсутствием чувства отдыха после пробуждения. Средний возраст пациентов составил 18—60 лет, в группу обследованных вошло 17 женщин и 18 мужчин.

Все пациенты получали в качестве лечения агрипнических нарушений «Сондокс» в дозе 0,015 г (1 таблетка) на ночь. Длительность терапии составила 10 дней.

Обследование больных проводилось до начала исследования, на 5-й и 10-й день исследования. В дальнейшем было проведено катамнестическое исследование через 15 дней после проведенной терапии препаратом «Сондокс».

Критериями эффективности служили степень восстановления ночного сна и уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания по оценочной шкале депрессий Гамильтона, теста САН.

Переносимость препарата оценивалась на основании субъективных ощущений, сообщаемых пациентом врачу и объективных данных, полученных в процессе лечения (АД, состояние кожи, аллергические реакции). Учитывались данные лабораторных исследований крови и мочи, а также частота возникновения и характер побочных реакций.

Оценивались следующие показатели, характеризующие сон: скорость засыпания (мин.); наличие и характер явлений, сопутствующих нарушению засыпания (парадоксальная сомнезия, просоночные гиперестезии, беспокойство, вегетативные нарушения, гипногические галлюцинации и др.); общая продолжительность ночного сна; количество и продолжительность ночных пробуждений; наличие и характер явлений, сопутствующих ночным пробуждениям (сенестопатии, фобии, вегетативные нарушения и др.); затягивание пробуждения, сопровождающееся выраженной сонливостью; раннее пробуждение (время пробуждения); отсутствие бодрости и свежести после ночного сна, ощущение разбитости и вялости; продолжительность сна. В таблице 1 приведены данные о характере нарушений сна у обследованных пациентов и динамика в процессе терапии.

Таблица 1

Характер нарушений сна у обследованных больных и динамика в процессе терапии

Характер нарушений сна	Визит 1		Визит 2 (день 5-й)		Визит 3 (день 10-й)	
	абс. кол.	% ± m %	абс. кол.	% ± m %	абс. кол.	% ± m %
Расстройства засыпания	33	94,3 ± 3,9	16	45,7 ± 8,5*	4	11,4 ± 5,5*
Нарушение глубины и длительности сна	25	71,4 ± 7,7	11	31,4 ± 7,9*	6	17,1 ± 6,4*
Расстройства пробуждения	18	51,4 ± 8,4	7	20,0 ± 6,9	5	14,3 ± 6,0*
Отсутствие чувства отдыха после пробуждения	29	82,9 ± 6,5	19	54,3 ± 8,5	3	8,6 ± 4,8*

* — достоверные отличия в сравнении с исходными данными ($p < 0,05$)

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что наиболее частыми нарушениями сна в группе обследованных пациентов до начала терапии были расстройства засыпания (94,3 %). Пациенты отмечали, что процесс засыпания мог занимать от 2 до 4—5 часов. В этот период больные отмечали чувство тревоги, мысли неприятного содержания, возникало чувство страха, что заснуть не удастся. 71,4 % отмечали недостаточное качество сна — тревожный, поверхностный сон, с частыми просыпаниями и со сновидениями неприятного содержания. В результате недостаточной глубины и

продолжительности сна 51,4 % обследованных отмечали сонливость, разбитость в утренние часы, 82,9 % беспокоило отсутствие чувства отдыха после ночного сна. Расстройство пробуждения включало в себя как наличие вялости, рассеянности, а также раннее пробуждение (51,4 %).

В таблице 2 приведена более детальная динамика количественных показателей нарушений сна у больных неврастенией в ходе лечения препаратом «Сондокс», таблетки по 0,015 г, производства ОАО «ХФЗ «Красная звезда».

Таблица 2

Динамика количественных показателей нарушений сна в процессе терапии

Характер нарушений сна	5-я ночь	10-я ночь	Катамнестические данные (15 ночь после терапии)	Нормативные показатели
Длительность засыпания, мин	92,1±21,5	27,0±3,1*	22,0±5,1*	17,3±3,4
Наличие явлений засыпания, %	63,7±13,0	8,3±4,8	7,3±2,8	3,1±2,3
Общее время сна, мин	365,4±15,0	457,8±23,0*	477,6±27,0*	482,1±11,3
Количество пробуждений	4,02±1,1	0,8±0,1*	1,1±0,2*	1,0±0,4
Время пробуждения, мин	53,0±6,7	12,1±1,3	12,9±1,0	11,4±1,9
Сонливость после пробуждения,	67,1 ±2,6	32,4±2,5*	32,4±2,5*	12,4±2,3
Раннее пробуждение, %	52,6±3,1	10,1±3,7*	9,1±2,9*	7,2±1,4
Отсутствие бодрости после пробуждения, %	89,1 ±6,7	17,4±3,6*	9,3±2,8*	3,1±2,1
Наличие просоночных состояний	12,4±2,6	4,5±1,2	3,2±2,0	3,8±1,6

* — достоверные отличия в сравнении с исходными данными ($p < 0,05$)

Уже к 5 дню приема «Сондокса» были зафиксированы положительные изменения. Так, нарушения засыпания отметили только 45,7 %, полноценное чувство отдыха появилось у 28,6 % пациентов, улучшилась глубина и продолжительность сна у 40 %. На 10 день лечения мы получили достоверное улучшение показателей сна у обследованных больных неврастенией. Нарушение засыпания возникало лишь у 11,4 % больных, причем время, необходимое для наступления полноценного сна ограничивалось 30 минутами — 1 часом. На расстройства при пробуждении жаловались 14,3 %, на отсутствие чувства отдыха — 8,6 % обследованных пациентов.

Данные таблицы 2 свидетельствуют о достоверном увеличении продолжительности, а также улучшении качества сна в процессе приема препарата «Сондокс». Необходимо отметить, что улучшение количественных оценок сна явилось стойким и при оценке его после отмены препарата (15 суток), мы получили показатели, существенно не отличающиеся от нормативных.

В таблице 3 приведены обобщенные данные шкалы субъективной оценки пациентов состояния после лечения.

Необходимо отметить, что субъективно пациенты отметили позитивные изменения сна после проведенного лечения. Так, 85,7 % характеризовали качество сна как хорошее. При проведении катамнестического обследования было выявлено, что позитивные изменения качества сна, полученные в результате терапии «Сондоксом» в течение 10 дней, были стойкими и сохранялись к 15-му дню после окончания приема препарата.

Показатели теста САН, полученные в ходе лечения больных неврастенией, отражены в таблице 4.

Таблица 3
Данные шкалы субъективной оценки пациентов после лечения препаратом «Сондокс»

Оцениваемый показатель	После проведенного лечения, день 10-й (n = 35)	Данные катамнестического обследования, 15 дней после терапии (n = 35)
Качество сна:		
Хорошее	30 (85,7 %)	30 (85,7 %)
Посредственное	4 (11,4 %)	4 (11,4 %)
Плохое	1 (2,9 %)	1 (2,9 %)
Изменения сна:		
Улучшился	32 (91,4 %)	30 (85,7 %)
Ухудшился	0	0
Удлинение	32 (91,4 %)	32 (91,4 %)
Не изменился	3 (8,6 %)	1 (2,9 %)

Таблица 4
Динамика показателей теста САН у больных неврастенией в процессе лечения препаратом «Сондокс»

Параметр тестирования (в баллах)	Визит 1 (день 1-й)	Визит 2 (день 5-й)	Визит 3 (день 10-й)	Катамнестическое обследование (15 дней после терапии)
Самочувствие	3,9 ± 0,21	4,1 ± 0,51	6,4 ± 0,19*	6,2 ± 0,22*
Активность	4,0 ± 0,18	5,3 ± 0,31	6,1 ± 0,34*	6,5 ± 0,26*
Настроение	4,4 ± 0,27	4,3 ± 0,47	6,2 ± 0,23*	6,1 ± 0,29*

* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными (визит 1) ($p < 0,01$)

До начала лечения пациенты с данной патологией при самооценке своего состояния среди изучаемых параметров минимальным числом баллов отмечали показатели, характеризующие самочувствие. Цифровые значения составляли $3,9 \pm 0,21$ балла. Пациенты отмечали плохое самочувствие, разбитость, в ряде случаев характеризовали свое состояние как больной, изнуренный. При этом показатели, характеризующие активность пациентов, также свидетельствовали о ее снижении. Так, баллы, характеризующие состояние активности, составляли $4,0 \pm 0,18$. Чаще выделялись такие критерии, как бездеятельный, рассеянный.

При оценке настроения отмечена достаточно разнородная картина, однако в целом также имела место тенденция к снижению фона настроения. Усредненные числовые значения, отражающие настроение, составили $4,4 \pm 0,27$ балла.

В целом изменения самооценки своего состояния у пациентов неврастений в процессе терапии имели позитивную направленность. Уже с первых дней терапии мы выявили некоторое улучшение показателей активности и в несколько меньшей степени настроения. Так на визите 2 (5-й день лечения) среднее значение полученных баллов по критерию «активность» составило $5,3 \pm 0,31$, а «самочувствие» — $4,1 \pm 0,51$. Существенных изменений в показателях, характеризующих настроение обследованных пациентов в первые дни терапии по данным теста САН, зафиксировано не было. Необходимо отметить, что разница в показателях «самочувствие», «активность» и «настроение» в сравнении с исходными данными (визит 1) не была достоверной.

Исследование, проведенное после 10-дневной терапии препаратом «Сондокс», показало достоверное увеличение показателей, характеризующих настроение, активность и самочувствие в сравнении с данными визита 1. Самочувствие оценивалось в $6,4 \pm 0,9$ балла. Выделялись критерии «чувствую себя сильным», «самочувствие хорошее», «бодрый», «здоровый», «расслабленный». Активность повысилась до $6,1 \pm 0,34$ балла. При этом подчеркивалась подвижность, деятельность, желание работать. Показатели настроения оценивались в $6,2 \pm 0,23$ балла. При этом наиболее характерными были критерии веселый, радостный, довольный, оптимистичный.

Исследование показателей самочувствия, активности и настроения у больных, страдающих неврастением с выраженными нарушениями сна, получающих в качестве терапии препарат «Сондокс», свидетельствуют об их улучшении. Положительная динамика отмечена уже с первых дней терапии, а к 10 дню зафиксировано достоверное улучшение всех трех параметров. Необходимо подчеркнуть, что обладая достаточным снотворным эффектом, «Сондокс» не вызывает симптомов последствия в виде вялости, рассеянности, общей седации со снижением активности.

В результате нарушения качества ночного сна существенно страдает функционирование человека в течение дня. Для объективной оценки состояния больных неврастением под влиянием терапии мы применили шкалу депрессии Гамильтона. Результаты указанного исследования представлены в таблице 5.

Результаты обследования по Шкале Гамильтона свидетельствуют о том, что у больных неврастением с нарушениями сна имеют место признаки депрессии легкой и умеренной степени выраженности ($12,6$ балла). Нарушения касались, прежде всего, нарушений

сна, а также больные отмечали снижение настроения, активности, соматовегетативные изменения, чувство тревоги и беспокойства. В процессе лечения, на 5 день приема препарата «Сондокс», при объективном и субъективном улучшении качества и продолжительности сна мы зафиксировали уменьшение депрессивных нарушений ($9,4$ балла). Через 10 дней лечения среднее значение показателей по Шкале Гамильтона ($6,9$ балла) свидетельствует об отсутствии признаков депрессивных нарушений у обследованных пациентов. Через 15 дней после проведенной терапии у пациентов также не было зафиксировано признаков депрессивных нарушений ($6,5$ балла).

Таблица 5

Показатели оценки динамики состояния обследованных больных по шкале Гамильтона

	Визит 1	Визит 2 (день 5)	Визит 1 (день 10)	Через 15 дней после терапии
Общее количество баллов	$12,6 \pm 3,6$	$9,4 \pm 2,1$	$6,9 \pm 4,0^*$	$6,5 \pm 3,1^*$

* — достоверная разница показателей в сравнении с исходными данными (визит 1) ($p < 0,01$).

Существенных побочных явлений в процессе применения препарата «Сондокс» для лечения расстройств сна у больных неврастением нами отмечено не было. Вместе с тем, 3 больных отметили в первые дни приема препарата неприятный привкус во рту.

Таким образом, в результате проведенного исследования эффективности препарата СОНДОКС таблетки по 0,015 г, производства ОАО «ХФЗ «Красная звезда» мы отметили его высокую эффективность при нарушениях сна у больных неврастением. «Сондокс» оказывает позитивное воздействие как на продолжительность, так и на качество сна, вызывая достаточно глубокий полноценный сон, приносящий чувство отдыха после пробуждения и не оказывая последствия в виде вялости, рассеянности, сонливости в утренние часы. Кроме того, нормализация полноценного сна способствует обратному развитию депрессивных нарушений, а также нормализации активности и самочувствия пациентов. Указанные позитивные изменения являются стойкими и сохраняются после отмены препарата.

Список литературы

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
2. Бирюкова Е. В. В кн.: Новые достижения в терапии психических заболеваний / Под ред. проф. С. Н. Мосолова. — М.: ЗАО «Издательство БИНОМ», 2002. — С. 605–14.
3. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических расстройств / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гурович. — М., 1999. — 223 с.
4. Семернин Е. Н., Шляхто Е. В. и др. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика. Качественная клиническая практика. — 2002. — Т. 2. — С. 48—52.
5. Здоров'я населення та діяльність галузі охорони здоров'я України в 1990 — 1999 роках (Статистично-аналітична довідка) / За заг. ред. В. Ф. Москаленка. — К., 2000. — С. 96—106.
6. Волошин П. В., Пономаренко В. М., Напрєєнко О. К., Марута Н. О. зі співавт. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих. — Харків: Арсис, 2000. — 303 с.
7. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие — М.: Медицина, 2000. — 496 с.

Надійшла до редакції 14.03.2007 р.

Н. О. Марута, О. Є. Семікіна

**Розлади сну при неврастенії
(діагностика та терапія)**

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
(м. Харків)*

Розлади сну займають одне з головних місць в клінічній картині у хворих на неврастенію. У роботі наведені дані про особливості диссомній, а також їх вплив на стан хворого.

Відзначено високу ефективність препарату Сондокс на якісні та кількісні характеристики сну у хворих на неврастенію. Нормалізація повноцінного сну сприяє зворотному розвитку депресивних порушень та нормалізації активності та самовідчуття хворих.

Позитивні зміни є стійкими, та зберігаються після відміни препарату.

N. O. Maruta, E. E. Semicina

**Sleep disorders in neurasthenia
(diagnostic and therapy)**

*Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMN of Ukraine (Kharkiv)*

The sleep disorders were concerned with one of the main place in clinical scene in patients with neurasthenia. In this article we included the characteristics of dyssomnias and influencing of insomnias on the clinical status of patients with this pathology.

It was showed the high effectiveness Sondoks preparation on quality and quantities of sleep characteristic in neurasthenia's patients. The normalization of full-bodied contributes to opposite development of depressive disorders of normalization activity and patient's self-sensation.

The positive changes are stable, and are saved after preparation abolition.

УДК 616.891:616.379-008.64-053.6

*Е. А. Михайлова, д-р мед. наук, вед. науч. сотрудн. отд-я психиатрии;
Т. Ю. Проскура, канд. мед. наук, зав. отд-м психиатрии
ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины»
(г. Харьков)*

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

Эпидемиологические исследования различных популяционных групп детского населения, проведенные сотрудниками института Охраны здоровья детей и подростков АМН Украины в течение последнего десятилетия, установили значительный рост пограничных психических расстройств, включая невротические расстройства [1].

Тенденция к преобладанию затяжных и хронических форм невротических расстройств, резистентных к терапии, ставит проблему изучения этой патологии в число наиболее важных, имеющих как медицинскую, так и социальную значимость [2]. Резко возрос и уровень первичной соматической патологии и инвалидности у детей и подростков [3]. В хронизации соматических заболеваний, утяжелении их клинической картины и повышении терапевтической резистентности существенную роль играют расстройства психической сферы [4]. Во многих исследованиях отмечается своеобразная «конвергенция» клиники психогенных и соматогенных заболеваний, особенности которой в современных условиях требуют дальнейшего углубленного изучения [4, 5].

В современной медицинской и психиатрической науке отмечается нарастающий интерес к психосоматическим концепциям этиологии и патогенеза соматических заболеваний [4, 5]. Классическим проявлением психосоматической патологии является сахарный диабет (СД), который по данным ВОЗ становится все более распространенным заболеванием, приобретая масштабы глобальной эпидемии. Нарастание заболеваемости СД среди детей и подростков, высокая частота возникающих у них специфических осложнений вызывают тревогу научной общественности всего мира. Несмотря на неослабевающий интерес отечественных и зарубежных исследователей к изучению различных аспектов психической патологии при СД у взрослых, в детской психиатрии это направление остается наименее разработанным [6, 7]. Как в структуре невротиче-

ских расстройств, так и в структуре психосоматических заболеваний наибольший удельный вес занимают депрессивные расстройства. Проявления депрессивных расстройств, с учетом их возрастной специфики, заключаются в сочетании снижения жизненного тонуса, низкой самооценки, замедленности темпа мышления, двигательной обедненности [2].

Традиционные терапевтические подходы в отношении этих состояний требуют активизации личности, перестройки жизненных стереотипов и категорий самооценки, что вызывает подчас психологический отпор и личностное неприятие со стороны больных.

Характер и выраженность побочных эффектов традиционных нейролептиков потенцируют постоянный поиск новых, более специализированных и действенных препаратов.

Социальная значимость исследований по изучению эффективности и безопасности новых препаратов обусловлена как распространенностью психических, психосоматических заболеваний у подростков, так и доминированием в их структуре депрессивных расстройств, резистентных к терапии.

Цель исследования — определить клинико-психопатологические особенности депрессивных невротических расстройств у подростков и разработать стратегию терапии на основе изучения механизмов формирования неблагоприятных форм течения.

В исследование было включено 277 подростков с невротическими расстройствами (I группа): неврастенія (50,6 %), депрессивное невротическое (27,2 %), тревожно-фобическое расстройство (22,2 %) и 167 подростков с различными клинико-психопатологическими вариантами диабетической энцефалопатии (II группа): депрессивный (70,0 %), обсессивно-фобический (15,8 %), ипохондрический (10,2 %), диссоциативный (4,0 %).

Дизайн исследования включал клинико-психопатологические, патопсихологические методы (тест депрес-