

Оцінка диссомнічних розладів у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією та у хворих на розсіяний склероз

Відомо, що майже в 70 % випадків при дисциркуляторній енцефалопатії і в 60 % випадків при розсіяному склерозі спостерігаються порушення нічного сну, серед яких найпоширенішим є інсомнія. На формування інсомнії впливають біологічні, психологічні, соціальні та поведінкові чинники. До біологічних належать: зниження активності гальмівних систем, особливо гамма-аміномасляної кислоти, десинхронізація електроенцефалограми, підвищений тонус симпатичної нервової системи, підвищення рівнів катехоламінів, кортизолу, частоти серцевих скорочень та варіабельності серцевого ритму, посилення метаболізму. Психологічні чинники включають підвищену емоційність, тривожність, іпохондричність, психологічну травму, афективні, депресивні розлади. До соціальних чинників належать: змінна та нічна робота, низький соціоекономічний статус, сімейний анамнез інсомнії. На формування інсомнії впливають також поведінкові розлади у вигляді порушень правил гігієни сну, куріння, зловживання алкоголем, сидячого способу життя.

Інсомнія часто виникає на тлі приймання лікарських засобів, особливо при самолікуванні або необґрунтованому призначенні препаратів. Найчастіше вона набуває хронічної форми на фоні приймання β -адреноблокаторів (через пригнічення ендогенного мелатоніну), селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (флуоксетин, пароксетин, циталопрам через зміни співвідношення гальмівних та активуючих нейромедіаторів), стимуляторів, особливо кофеїну та його похідних.

Показано, що при інсомнії виявляються ознаки підвищеного збудження в когнітивно-емоційній, поведінковій сферах, а також у вегетативній або центральній нервовій системах. Це проявляється збільшенням частоти серцевих скорочень і варіабельності серцевого ритму, посиленням метаболізму протягом доби, підвищенням температури тіла, рівня секреції адреноректорного гормону та кортизолу (основних медіаторів реакції на стрес), особливо у вечірній час, збільшенням високочастотної електроенцефалографічної активності, що свідчить про підвищену активність симпатичної нервової системи та гіперактивацію гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи під час сну та неспання. Передбачається, що фізіологічна дисрегуляція цих систем і є основною причиною розвитку інсомнії. Останніми роками з'явилися дані про вплив порушення нічного сну, і передусім інсомнії, на стан когнітивних функцій.

Метою цього дослідження стало визначення особливостей диссомнічних розладів у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією та у хворих на розсіяний склероз.

Матеріали та методи. Обстежено 43 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) та 45 хворих на розсіяний склероз (РС), що мали порушення ніч-

ного сну. Оцінку диссомнічних порушень проводили з використанням шкали сонливості Епворта, шкали якості нічного сну та опитувальника проблем сну.

Результати. За даними шкали якості нічного сну, запропонованої О. М. Вейном, в усіх обстежених хворих сумарний бал не досягав 19 балів, що відповідало інсомнії. Мінімальна сумарна оцінка ($15,50 \pm 0,85$) визначена у хворих з ДЕ. Найвищий сумарний бал за цією шкалою визначений у хворих на розсіяний склероз з ремітивним перебігом (PPC) — $18,78 \pm 0,40$, що має достовірні ($p \leq 0,05$) відмінності з хворими на ДЕ та з хворими на розсіяний склероз з прогресивним перебігом (ПРС) — $16,88 \pm 0,48$. Достовірні відмінності у хворих з PPC та у хворих з ПРС визначені також за показником кількості нічних пробуджень з переважанням у хворих з ПРС. У пацієнтів з ДЕ та у хворих з ПРС достовірних міжгрупових відмінностей за показниками якості нічного сну не визначено.

Докладніша суб'єктивна оцінка порушень сну у обстежених пацієнтів отримана за допомогою опитувальника проблем сну, що включає 17 тверджень. Результати обстеження довели, що у хворих з ДЕ порівняно з хворими на PPC визначені достовірно ($p \leq 0,05$) більші значення показників занепокоєння, страх при відході до сну, поверхневий сон з безліччю сновидінь, труднощі засинання після пробудження, почуття, що не виспались, втомі при пробудженні після нічного сну, а також показника відсутність нічного сну. Під час порівняння значень показників сну у хворих на ДЕ з хворими на ПРС визначені достовірно ($p \leq 0,05$) менші значення таких показників: поверхневий сон з нічними пробудженнями, раннє остаточне пробудження, денний сон. У хворих на PPC порівняно з хворими на ПРС достовірно ($p \leq 0,05$) відрізнялись такі показники: занепокоєння, страх при відході до сну, неможливість заснути понад 30 хвилин, поверхневий сон з нічними пробудженнями, нічні пробудження зі скаргами на головний біль, труднощі засинання після пробудження, ритмічні рухи під час сну, раннє остаточне пробудження, почуття, що не виспались, втомі при пробудженні після нічного сну, денна сонливість — з переважанням в групі з ПРС.

За даними опитувальника Епворта, в усіх обстежених хворих сумарний бал не перевищував оцінку 8, що відповідало слабкій виразності денної сонливості. Достовірних відмінностей між групами спостереження за даними опитувальника Епворта не визначено.

Висновки. Отже, за даними суб'єктивної оцінки сну в усіх обстежених хворих визначені наявні поліморфні порушення сну, з додаванням різних сполучень пресомнічних, інтрасомнічних та постсомнічних розладів, ступінь виразності, стабільність та складність структури яких переважали у хворих на ДЕ та у хворих з ПРС, що слід брати до уваги під час призначення терапевтичних заходів.