

Г.Г. Пуятин, Е.А. Кокотова, Т.Ю. Денисова, А.А. Бойченко, Н.И. Кириченко*

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, *ГБ № 5 г.Донецк

Ключевые слова: лечение инсомнии, гастроэнтерологическая патология

Сон является важнейшим регулятором функции органов и систем организма, его взаимоотношений с внешней средой, поэтому расстройства сна негативно отражаются на здоровье человека. Бессонница (инсомния) определяется как повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и сопровождающиеся нарушениями дневной деятельности различного вида. Более широкое определение инсомнии - расстройство сна, проявляющееся нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением. В МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна совокупно подразумеваются первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна. В DSM-IV инсомния определяется, как дефицит качества и количества ночного сна, необходимого для нормальной дневной деятельности.

По этиопатогенетическому фактору выделяют следующие категории инсомний: бессонница, связанная с психологическими проблемами; бессонница, вызванная медицинскими проблемами; бессонница, обусловленная образом жизни; бессонница из-за неправильной гигиены сна; наследственная бессонница.

Диагностика нарушений сна строится на констатации наличия постоянно (более месяца) или периодически (более трех месяцев) трех или более из представленных признаков: требуется более 30 минут, чтобы заснуть, всю ночь в голову «лезут мысли», страх перед невозможностью заснуть, частые пробуждения в течение ночи, ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания, сниженный фон настроения и депрессия, немотивированная тревога, страх [1].

Около 14% больных, обратившихся за помощью в соматический стационар, страдают вы-

раженными нарушениями сна, требующими медикаментозной коррекции. С нарушениями сна связано наибольшее число жалоб при любых заболеваниях. Эти расстройства лидируют по распространенности (до 50% населения), влиянию на жизнедеятельность, экономическим и временным потерям. В большинстве случаев инсомния вторична по отношению к основному заболеванию, психическому или соматическому, поэтому считается, что до 80% всех проблем сна составляют неорганические причины, в том числе, психогенно обусловленные [2, 3].

По причинам возникновения и обусловленности выделяют первичные и вторичные нарушения сна. К первичным относят ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и ночное апноэ (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением). Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, неврологическими поражениями, психическими расстройствами, когда инсомния является симптомом этих заболеваний.

По длительности течения выделяют эпизодические, кратковременные и хронические инсомнии. Эпизодическая инсомния (длительность до одной недели) – чаще всего следствие эмоционального стресса, чрезвычайных ситуаций, десинхроноза, реакций личности на соматические заболевания. Иногда эпизодические нарушения сна возникают из-за внешних раздражителей при наличии повышенной чувствительности к ним (например, при шуме, свете, повышении или снижении комнатной температуры). Инсомния может быть связана с отсутствием нормального режима дня, неправильным применением медикаментозных препаратов в вечернее и ночное время. Кратковременная инсомния (длительность от одной до трех недель) наиболее часто возникает при расстройствах адаптации и является следствием тяжелых продолжительных стрессовых ситуаций: потеря близкого человека (реакция горя), безработица, перемена места

жительств, связанная с проблемами беженцев и переселенцев. В соматической практике кратковременная инсомния нередко определяется хроническими соматическими заболеваниями, такими как заболевания сердечно-сосудистой системы, гастроэнтерологическая патология, неврологические заболевания, хронический болевой синдром.

При значительном прогрессе, достигнутом в установлении этиопатогенетических особенностей расстройств желудочно-кишечного тракта, вклад психических детерминант в формирование, тяжесть течения и эффективность терапии остается мало исследованным [4]. В тоже время, патология органов пищеварения сопряжена с высокой частотой коморбидных психических расстройств невротического характера. Так, например, по данным разных авторов в популяции пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) распространенность депрессивных состояний, сопровождающихся разнообразными по феноменологии тревожными расстройствами, достигает 60-70% [5]. Ситуация осложняется и тем, что такие расстройства в большинстве своем носят стертый характер и своевременно не распознаются [6]. Как депрессия, так и тревога в своей клинической структуре нередко сопровождаются инсомнией, которая усугубляет субъективную оценку тяжести соматического состояния, способствует фиксации патологического аффекта, развитию социально-психологической дезадаптации и снижению качества жизни пациентов [6, 7]. Кроме того, с инсомнией при соматических заболеваниях сталкиваются в основном врачи общей практики, которые, помимо диагностических сложностей, испытывают значительные трудности со своевременным и адекватным назначением психотропных препаратов [7].

Цель настоящего исследования – определение связи нарушений сна у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с уровнем невротизации и наличием тревоги и депрессии, а также и разработка эффективных методов коррекции инсомнии.

Материал и методы. Работа проводилась в 2 этапа. На первом этапе осуществляли скрининг больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и нарушениями сна с формированием списка пациентов. Данный список составили 59 пациентов с диагнозами: язвенная болезнь желудка (15 чел.), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (15 чел.), хронический

гастродуоденит (15 чел.), хронический энтероколит (14 чел.) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 при отсутствии клинически значимой сопутствующей патологии внутренних органов, которые страдали эпизодической (28 чел.) или кратковременной (31 чел.) инсомнией. На последующем этапе (открытое, рандомизированное, сравнительное исследование в параллельных группах, проведенное в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации) из 59 больных, занесенных в список исследования в порядке поступления, каждый третий пациент (до общего количества 21 человек) был рандомизирован в группу базисной терапии с включением внутримышечных инъекций эглонила 2,0 на ночь (группа 1). Остальные 38 больных были разделены случайным методом на две подгруппы по 19 человек, больные группы 2 получали базисную терапию в сочетании со снотворными препаратами (сонолан 7.5 мг на ночь), больные группы 3 – базисную терапию с включением эглонила по 50 мг 3 раза в день. Сравнивали клиническую эффективность 10-дневного курса стационарного лечения базисной терапией в сочетании с внутримышечными инъекциями эглонила (группа 1) против базисной терапии с включением снотворных препаратов (группа 2) и базисной терапии с включением трехразового приема таблеток эглонила (группа 3). Характеристика групп после рандомизации представлена в таблице 1.

Базисная терапия проводилась в режиме синхронизированного лечения. Препараты базисной терапии назначались в стандартном режиме в среднетерапевтических дозировках.

Патопсихологическое исследование всех больных предусматривало использование диагностической шкалы HADS для определения наличия депрессивной и тревожной симптоматики, использование шкалы психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН). Качество сна оценивалось с помощью Лидского опросника для оценки сна (Даниленко К.В., 2010).

Анализ всех исследуемых показателей проводили с использованием пакета прикладных программ MedStat [8]. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

На рисунке 1 представлена диаграмма динамики расстройств сна у больных, получавших на фоне базовой терапии инъекции эглонила на ночь.

Общая характеристика групп пациентов

	Все больные (n=59)	Группа 1 (n=21)	Группа 2 (n=19)	Группа 3 (n=19)
Средний возраст	35,2±0,67	36,4±0,73	34,3±0,58	35,8±0,63
Пол:				
мужчины	27 (45,8%)	10 (47,6%)	9 (47,4%)	8 (42,1%)
женщины	32 (54,2%)	11 (52,4%)	10 (52,6%)	11 (57,9%)
Диагнозы:				
язвенная болезнь желудка	15 (25,4%)	5 (23,8%)	4 (21,1%)	5 (26,3%)
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	15 (25,4%)	6 (28,6%)	4 (21,1%)	4 (21,1%)
хронический гастродуоденит	15 (25,4%)	5 (23,8%)	5 (26,3%)	5 (26,3%)
хронический энтероколит	14 (23,7%)	5 (23,8%)	6 (31,5%)	5 (26,3%)
Длительность заболевания (годы)	6,4±0,57	7,3±0,38	4,6±0,21	5,4±0,72
Длительность инсомнии (дни)	10,5±0,78	10,8±0,54	11,6±0,19	9,4±0,53

Пациенты, получавшие на ночь эглонил в форме инъекций, буквально со второго дня отмечали улучшение качественных и количественных параметров сна, особенно засыпания и качества сна на протяжении ночи. Улучшение состояния при пробуждении отмечалось примерно к 4-му дню

терапии, что, по-видимому, являлось следствием достаточно длительного недосыпания до начала лечения. При этом препарат практически не вызывал заторможенности и сонливости в дневные часы и не оказывал влияния на координацию и поддержание равновесия после пробуждения.

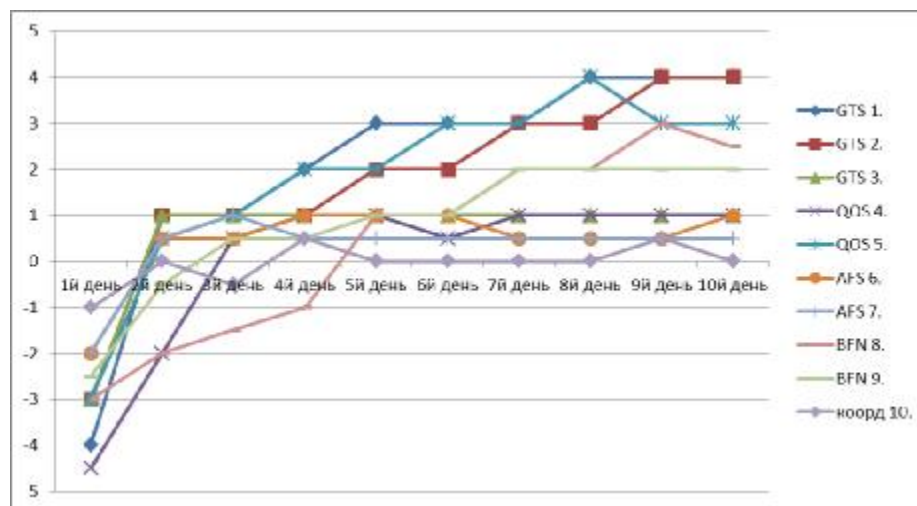


Рис. 1. Динамика расстройств сна больных группы 1 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

На рисунке 2 представлена динамика нарушений сна у пациентов, получавших снотворные препараты в сочетании с сонованом.

Больные второй группы, получавшие на фоне базовой терапии снотворные препараты, также от-

мечали облегчение засыпания и углубление ночного сна с первых дней лечения. В то же время на протяжении лечения сохранялось более или менее выраженное чувство разбитости после пробуждения. Практически все больные данной груп-

пы испытывали трудности при пробуждении, им требовалось больше, чем обычно, времени на то, чтобы окончательно проснуться, при этом данные проявления несколько усугублялись по мере продолжения лечения (начиная примерно с 6го дня). Состояние разбитости у основной массы

больных сохранялось и в течение дня, при этом у большинства пациентов отмечались незначительные затруднения в поддержании равновесия и координации движений при пробуждении, что не мешало им сохранять привычный для себя режим активности на протяжении курса лечения.

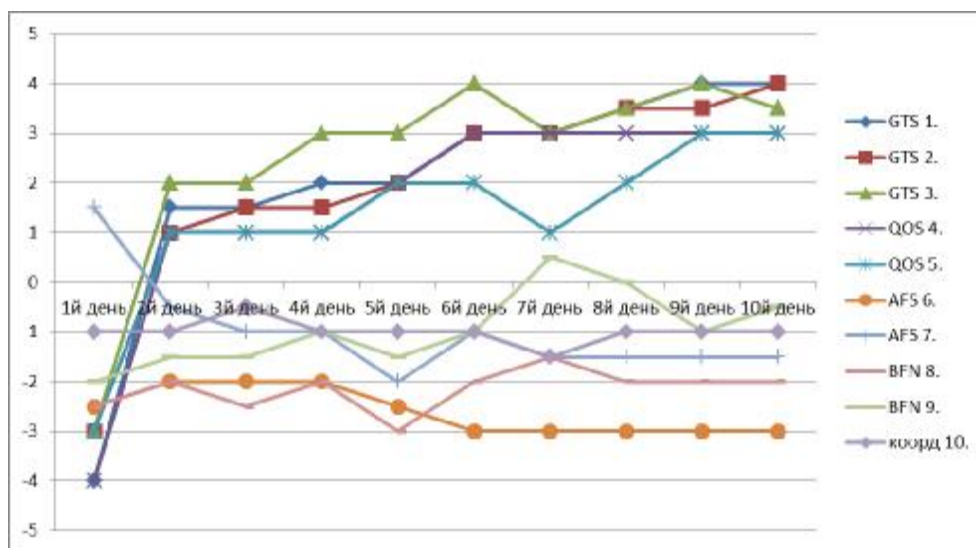


Рис. 2. Динамика расстройств сна больных группы 2 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

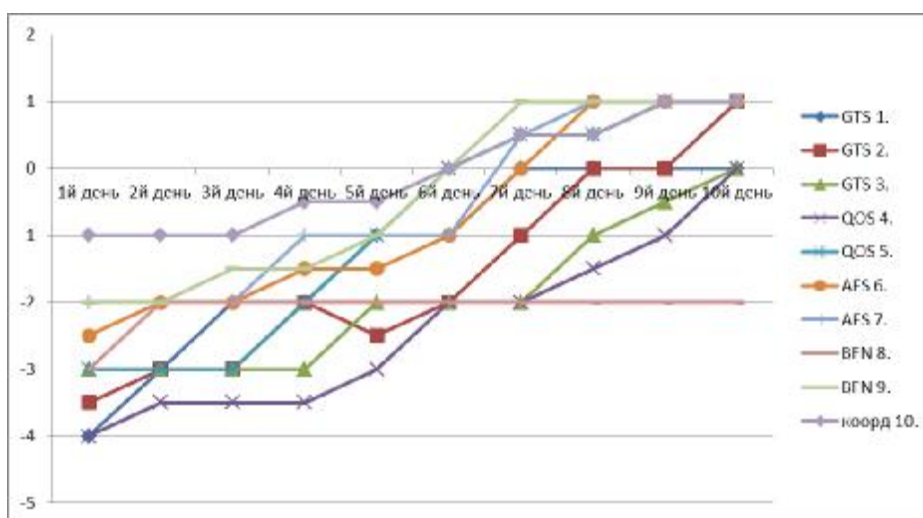


Рис. 3. Динамика расстройств сна больных группы 3 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

На рисунке 3 представлена диаграмма расстройств сна у больных, в базовую схему лечения которых был включен трехкратный прием таблеток эглонила.

У больных, получавших эглонил в таблетированной форме, также отмечалось улучшение харак-

теристик сна, однако в более медленном темпе (с 4го по 7й день). Большинство пациентов на протяжении первой недели лечения испытывали более или менее выраженные трудности при засыпании, отмечая при этом отсутствие тревожного ожидания бессонницы и более спокойное эмоциональное со-

стояние при отходе ко сну. Несмотря на относительно неглубокий сон на протяжении ночи, пациенты не испытывали особого дискомфорта, оставаясь в постели и быстро погружаясь в сон даже при частых пробуждениях. Утренняя разбитость и некоторое нарушение координации движений при пробуждении были связаны, по-видимому, не с побочным действием эглонила, а с недостаточностью ночного сна. При этом пациенты оставались относительно бодрыми в течение дня, у них быстро нивелировались переживания по поводу наличия и тяжести желудочно-кишечной патологии, уменьшались тревожность и ожидание бессонницы.

Таким образом, использование эглонила в инъекционной и таблетированной форме продемонстрировало сопоставимый с назначением снотворных препаратов эффект улучшения всех параметров сна,

включая засыпание, качество и продолжительность ночного сна, качество пробуждения, при этом в утренние часы больные не испытывали заторможенности и нарушения координации движений. В сравнении с трехкратным использованием таблеток эглонила, инъекции препарата позволяли получить более глубокий сон на протяжении ночи.

Сульпирид (эглонил) известен как нейролептик, обладающий анксиолитической, антидепрессивной, антиипохондрической активностью. Поэтому в проведенном исследовании была предпринята попытка изучения уровней депрессии и тревоги на фоне лечения инсомнии у больных с гастроэнтерологической патологией указанными препаратами, а также уровня невротизации у обследованного контингента пациентов (таблицы 2 и 3 соответственно).

Таблица 2

Уровень депрессии и тревоги в сравниваемых группах до и после лечения

	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Депрессия	9,16±0,24	6,43±0,52*	8,75±0,32	8,15±0,26	9,25±0,52	7,92±0,72*
Тревога	10,27±0,39	7,21±0,45*	9,26±0,44	8,57±0,72	9,84±0,24	7,23±0,36*

Примечание: различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по выраженности депрессии перед началом лечения (9,46±0,24 в группе 1, 8,75±0,32 в группе 2 и 9,25±0,52 в группе 3), не обнаруживая статистически значимых различий в уровне депрессивной симптоматики. После 10-тидневного курса терапии эглонилом наблюдалась редукция выраженности симптомов депрессии у пациентов 1й и 3й групп (различия статистически достоверны, $p < 0,05$), причем более выраженным улучшение было в группе пациентов, получавших эглонил в инъекционной форме на ночь. Данная ситуация может быть объяснена тем, что депрессивные симптомы у обследованных больных с гастроэнтерологической патологией были вторичными, обусловленными множеством соматических жалоб и нарушениями сна. По мере

восстановления формулы сна редуцировались подавленное настроение, ангедония, психомоторная заторможенность, восстанавливался уровень энергии.

Аналогичная ситуация прослеживалась в отношении тревожной симптоматики у больных сравниваемых групп. Несмотря на некоторое снижение уровня тревожности у пациентов, получавших на фоне базисной терапии снотворные препараты, различия в выраженности тревожной симптоматики до и после лечения не были статистически достоверными. Больные, получавшие эглонил и в качестве препарата, воздействующего на качество сна (группа 1), и в качестве противотревожного антидепрессанта (группа 3), отличались статистически достоверным снижением уровня симптомов тревоги.

Таблица 3

Распределение больных сравниваемых групп по уровню невротизации до и после лечения

	Группа 1		Группа 2		Группа 3	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Очень высокий	5 (23,8%)	2 (9,5%)	4 (21,05%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)	2 (10,5%)
Высокий	4 (19,1%)	2 (9,5%)	4 (21,05%)	5 (26,3%)	3 (15,8%)	1 (5,26%)
Повышенный	3 (14,3%)	2 (9,5%)	4 (21,05%)	3 (15,8%)	4 (21,2%)	1 (5,26%)*
Неопределенный	5 (23,8%)	8 (38,1%)*	3 (15,8%)	4 (21,2%)	1 (5,26%)	5 (26,3%)*
Пониженный	1 (4,8%)	4 (19,1%)*	2 (10,5%)	1 (5,26%)	3 (15,8%)	4 (21,2%)
Низкий	2 (9,5%)	2 (9,5%)	1 (5,26%)	2 (10,5%)	2 (10,5%)	3 (15,8%)
Очень низкий	1 (4,8%)	1 (4,8%)	1 (5,26%)	1 (5,26%)	3 (15,8%)	3 (15,8%)

Примечание: различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Пациенты всех групп вне зависимости от гендерной принадлежности до начала лечения отличались склонностью к повышению уровня невротизации, что клинически проявлялось большей или меньшей степенью выраженности эмоциональной возбудимости, провоцирующей тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность. У больных отмечалась ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, тревожное ожидание очередной бессонной ночи, повышенная сосредоточенность на переживаниях своих внутри- и межличностных проблем. У больных с очень высоким и высоким уровнем невротизации (9 пациентов группы 1 (42,9%), 8 – группы 2 (42,1%), 6 – группы 3 (31,6%)) имели место элементы дезадаптированности в общесоциальном плане как в силу таких личностных характеристик как социальная робость и зависимость, так и вследствие избыточной сосредоточенности на болезненных симптомах, включая бессоницу.

На фоне проведенного лечения во всех группах пациентов отмечалась положительная динамика уровня невротизации, что указывает на наличие порочного круга в отношении инсомнии: симптом бессонницы у больных с гастроэнтерологической патологией провоцируется повышенным уровнем невротизации и усугубляет выраженность последней. Однако статис-

тически достоверным ($p < 0,05$) снижение уровня невротизации до неопределенного и пониженного было в группе пациентов, получавших на ночь инъекции эглонила (8 (38,1%) и 4 (19,1%) пациента соответственно) и до неопределенного в группе больных, получавших эглонил в таблетках три раза в день (5 пациентов - 26,3%). По мере снижения уровня невротизации больные отмечали преобладание спокойствия и оптимизма в различных социальных ситуациях, в том числе, и в отношении оценки соматического заболевания, снижение эмоциональной возбудимости, облегчение в установлении социальных контактов.

Таким образом, использование эглонила для коррекции нарушений сна, в отличие от снотворных препаратов, позволяло достичь двойного эффекта: улучшения качественных и количественных характеристик сна, а также снижения уровня невротизации и уменьшения выраженности депрессивных и тревожных проявлений у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. Проведенное исследование показало преимущества назначения сульпирида (эглонила) в форме внутримышечных инъекций как для более быстрого достижения снотворного эффекта, так и для облегчения тревожно-депрессивной симптоматики, провоцирующей и усугубляющей клинические проявления основного соматического заболевания.

Г.Г. Путятін, О.О. Кокотова, Т.Ю. Денисова, О.О. Бойченко, Н.І. Кириченко*

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ СНА У ХВОРИХ ІЗ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, *МЛ № 5 м.Донецьк

У статті представлено результати порівняльного дослідження хворих на гастроентерологічну патологію із порушеннями сна, що отримували поряд із базовою терапією для корекції сна внутрішньом'язові ін'єкції сульпірида (еглоніла), снодійні засоби (сонован) або еглоніл у таблетках тричі на день. Використання еглонілу продемонструвало порівнянний із снодійними засобами вплив на якісні та кількісні показники сну із меншими негативними наслідками при пробудженні. Показано переваги використання ін'єкцій еглонілу як для більш швидкого досягнення снодійного ефекту, так і для полегшення тривожно-депресивної симптоматики, що провокує та посилює клінічні прояви основного соматичного захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 60-66).

G.G. Putyatin, O.O. Kokotova, T.Y. Denisova, O.O. Boichenko, N.I. Kirichenko*

PECULIARITIES OF THE SLEEPING THERAPY IN PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy, *City hospital № 5 Donetsk

The article presents the results of the comparative study of patients with gastroenterological pathology and sleeping disturbances that got along with basic therapy for sleeping correction intramuscular injection of sulpirid (eglonil), hypnotics medications (sonovan) or eglonil in tablets three times per day. The use of eglonil demonstrated comparable with sleeping pills by the effect on the qualitative and quantitative indicators of sleep with fewer negative consequences at awakening. The advantages of using injectable eglonil are shown that help to achieve a more rapid sleeping effect, and for relief of anxious and depressive symptoms that provoke and exacerbate the clinical manifestations of underlying somatic disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 60-66).

Литература

1. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы // Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии» / Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. Прил. – С. 3 – 16.
2. Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Расстройства сна и их лечение / М.Г. Полуэктов, Я.И. Левин // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 9. – С. 70-75.
3. Расстройства сна в клинике внутренних болезней / Д. Каллистов, А. Романов, Е. Романова // Врач. – 2006. – № 5. – С. 3 – 7.
4. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение) / В.Б. Гриневич, В.И. Симаненков, Ю.П. Успенский [и соавт.]. - СПб., 2000. – 90 с.
5. Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression / G. Tollefson, S. Tollefson, M. Pederson [et al.] // Ann. Clin. Psychiat. -1991. - Vol. 3. - P. 215 - 222.
6. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смулевич. - М., 2000. - 160 с.
7. Psychological aspects of the functional gastrointestinal disorders / D.A. Drossman, F.H. Creed, K.W. Olden [et al.] //Gut. - 1999. - Vol. 45 (Suppl. 2). - P. 25 – 30.
8. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. - Т. 8. - № 1. – С. 155-167.

Поступила в редакцию 15.10.2012