УДК:616-85

К.І. Клебан

СКРИНІНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОРУШЕНЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ Х

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, МОЗ України

Численні сучасні дослідження показують, що метаболічний синдром Х є проблемою світового масштабу. Фактором, який призводить до значного погіршення перебігу МСХ та появи нових ускладнень, є наявність у структурі цього захворювання непсихотичних психічних розладів.

Метою цього дослідження є виявлення особливостей сомнологічного статусу у цієї когорти хворих. У статті наведені результати тестування за анкетою бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну, шкалою денної сонливості Епворта у пацієнтів з МСХ, показано взаємовплив непсихотичних психічних розладів і розладів сну цієї популяції хворих.

Ми встановили, що інсомнічні розлади є невід'ємною складовою порушень, які трапляються у пацієнтів з МСХ і супутніми тривожними та депресивними розладами, виявили два типи розладів сну: перший пов'язаний з синдромом апное у сні, другий – з явищами психофізіологічної інсомнії. Саме тому необхідно краще вивчити вказані аспекти МСХ та коморбідні з ним непсихотичні психічні розлади, щоб своєчасно діагностувати та комплексно лікувати таких пацієнтів.

Ключові слова: метаболічний синдром Х, інсомнія, тривога, депресія.

Метаболічний синдром (МС) є одним із найпоширеніших хронічних захворювань, яке має значне соціальне, економічне та загальномедичне значення. З однієї сторони, при своєчасному лікуванні цей стан є зворотним, або ж можливе зменшення вираженості його проявів, а з іншої – він передує виникненню таких хвороб як цукровий діабет та атеросклероз – захворювань, які належать до основних чинників смертності дорослого населення [2, 6].

Найчастіше МС діагностують у людей, які належать до соціально найактивнішої вікової групи, а саме 35–40 років, при цьому загострюються коморбідні з МС розлади особистості, зменшується рухова активність, що корелює з подальшими змінами психічного статусу пацієнта. Відбувається блокада актуальних потреб особи з переважанням негативної оцінки майбутнього, посилюється загроза впливу стресових факторів, які, в свою чергу, сприяють розвитку невротичних змін [1, 4, 7, 15].

Патогенетично МС тісно пов'язаний з дисфункцією інтегративних неспецифічних структур головного мозку, а саме – лімбіко-ретикулярного комплексу, що проявляється нейроендокринно-обмінними, вегетативними, емоційними, мотиваційними та біоритмологічними розладами, такими як «сон-пильнування» [9, 10, 11, 15]. Сон – це особливий генетично детермінований стан організму людини, якому притаманна закономірна та послідовна зміна певних поліграфічних картин у вигляді циклів, фаз та стадій [3, 5].

Однією з найчастіших скарг хворих цієї групи є скарги на інсомнічні порушення [6, 8, 13]. Інсомнією вважають розлад, який характеризується кількісним та якісним дефіцитом сну, що необхідний для нормальної денної діяльності. Згідно з МКХ – 10, інсомнія – первинно психогенний стан з емоційно обумовленим порушенням якості, тривалості або ритму сну [14].

Метою нашого дослідження було виявлення особливостей розладів сну у пацієнтів з МСХ.

Матеріали та методи дослідження

Набір пацієнтів проводили на базі соматичних відділень ДЗ «ДКЛ № 2 ст. Київ» ДТГО «ПЗЗ». Було обстежено 126 пацієнтів: 61 жінка та 65 чоловіків. Середній вік пацієнтів становив 47±3,6 року.

Критерії включення пацієнтів у дослідження:

- непсихотичний рівень розладів, згідно з МКХ – 10.

Критерії виключення:

- тяжка супутня соматична патологія, наявність в анамнезі інсультів та інфарктів;
- наявність хронічного алкоголізму, розладів особистості, психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, шизофренії, шизотипічних та маревних розладів;
- відсутність підписаної інформованої згоди.

Всі пацієнти були обстежені згідно зі стандартами клінічної практики, отримали консультації ендокринолога, кардіолога, психіатра та інших спеціалістів згідно з поставленими лікувальними завданнями. Для оцінки ступеня ожиріння були проведені антропометричні вимірювання: маса тіла (кг), зріст (см), окружність талії (см), визначення ІМТ (кг/м^2). Вісцеральний тип ожиріння встановлювали при окружності талії більше 80 см для жінок та 94 см – для чоловіків. Також були вивчені соціально-демографічні показники з використанням уніфікованої карти обстеження, визначено хронотип та

проведено визначення рівня якості життя цієї когорти хворих.

Психологічне тестування базувалося на оцінці двох провідних складових емоційної сфери – тривоги та депресії, застосовували скринінгові шкали визначення тривоги та депресії Занга.

Для виявлення інсомнічних порушень використовували опитувальник якості сну Пітсбургського університету, опитувальник денної сонливості Епворта, анкету для скринінгу апное у сні, анкету бальної оцінки суб'єктивних характеристик сну.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням пакету статистичних програм Statistica 6.0 (StatSoft) на персональному комп'ютері. Всі значення наведено у вигляді (M±σ), де M – середнє значення показника, σ – стандартне квадратичне відхилення середньої величини. Для оцінки достовірності використовували t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважали статистично вірогідною при $p<0,05$.

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження всіх пацієнтів було поділено на 3 групи. Першу групу склали хворі з МС та супутніми психічними розладами з переважанням тривожної симптоматики, другу – пацієнти з МС із депресивними проявами, третю (групу контролю) склали особи з МС без непсихотичних психічних розладів.

Депресивні розлади (рис. 1) спостерігали у 47 хворих, легка депресія була у 28 осіб (55,4±2,2 бала), депресія середнього ступеня – у 19 осіб (63,2±1,6 бала). Тривожні розлади були виявлені у 50 обстежених, вони розподілилися таким чином: тривога легкого ступеня була у 20, середнього – у 28 та тяжкого – у 2 пацієнтів, що склало відповідно 15,7±1,2 та 20,8±2,7 бала. Контрольну групу склали 29 осіб з МС без психічних змін.

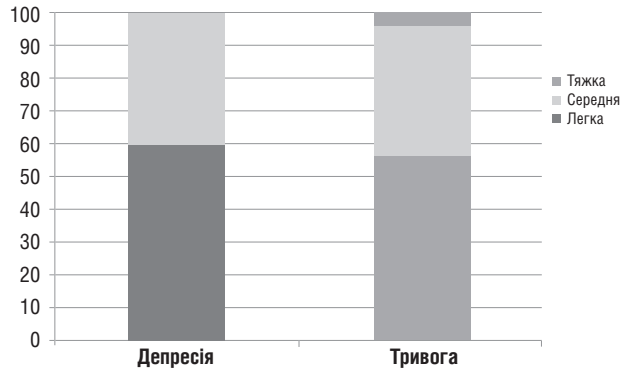

Рис. 1. Розподіл обстежених за вираженістю депресивних і тривожних розладів

За результатами спеціального тестування виявилося, що серед пацієнтів обстежуваної групи переважали особи з хронотипом «голуби» або ж «аритміки» – 42%, тоді як хронотип «сови» траплявся у найменшій кількості випадків – 24%. Хронотип «жайворонки» було зареєстровано у 34% обстежуваних (рис. 2).

Аналіз отриманих даних показав, що у переважної більшості, а саме у 75 обстежуваних (59,5%), були роз-

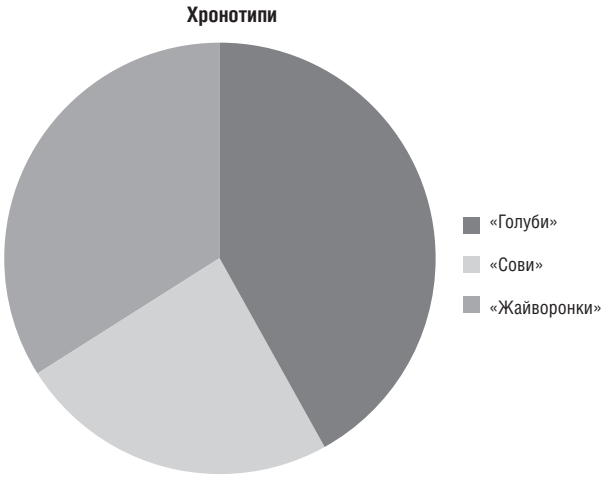

Рис. 2. Розподіл обстежених за хронотипами

лади сну у вигляді пре-, інтра- та постсомнічних порушень, середнє сумарне значення показника порушення сну склало 9,4±1,7 бала. Негативні зміни структури нічного сну супроводжувалися низькою оцінкою денного пильнування та високим рівнем денної сонливості. Значення середнього бала за шкалою сонливості Епворта склали: МС з тривогою – 7,9 бала; МС та депресія – 9,1 бала; група контролю – 4,6 бала. У цієї групи пацієнтів було виявлено два типи розладів сну: перший пов'язаний з синдромом апное у сні, другий – з явищами психофізіологічної інсомнії.

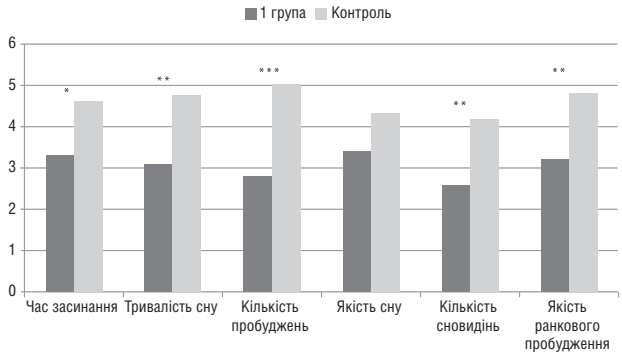

Рис. 3. Розподіл показників суб'єктивної оцінки сну у першій групі обстежуваних

При обстеженні суб'єктивної оцінки сну, у першій групі (рис. 3) середній сумарний бал склав 17±4,3 бала. Переважна більшість показників достовірно зменшувалась, порівняно з групою контролю. За показником кількості пробуджень міжгрупова відмінність склала 44%. Майже однаковою мірою зменшувалися параметри тривалості сну, якості ранкового пробудження та кількості сновидінь, відповідно 3,1±0,7 бала проти 4,7±0,9 бала у групі контролю, 3,2±1,1 проти 4,8± 0,6 та 2,6±0,5 проти 4,2±1,2 у пацієнтів без супутніх психічних розладів. Час засинання у пацієнтів з переважно тривожною симптоматикою також достовірно зменшувався, порівняно з контрольною групою на 28,3%. Подібна тенденція стосувалася і показника якості сну, хоча і не мала ознак достовірності. Також цю групу обсте-

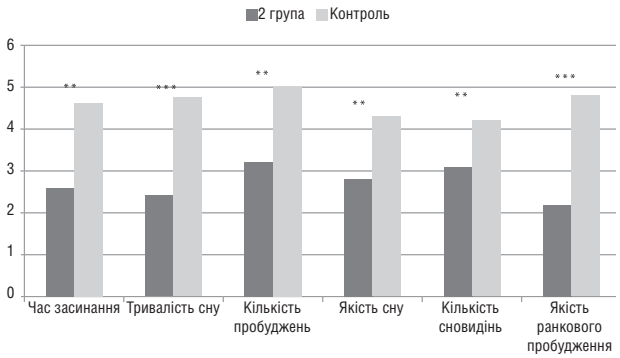

Рис. 4. Розподіл показників суб'єктивної оцінки сну у другій групі обстежуваних

жуваних турбували розлади дихання уві сні у вигляді хропіння та затримки дихання (апное). Ці порушення збігалися з високими показниками цифр артеріального тиску та високим індексом маси тіла.

У другій групі обстежуваних пацієнтів всі показники достовірно погіршувалися, порівняно з групою контролю (рис. 4). За параметрами тривалості сну та якості ранкового пробудження таке зниження склало відповідно 54,2% та 49,7%. Час засинання та якість сну у цій групі становили 2,6±0,4 та 2,8±0,7 бала проти 4,6±0,8 та 4,8±0,5 бала, порівняно з контрольною групою. Що стосується показників кількості пробуджень та сновидінь у групі хворих з домінуванням депресивних розладів, таке зниження склало 36% та 26,2% відповідно. Сумарна бальна оцінка суб'єктивних характеристик сну даної категорії обстежуваних склала 16±2,8 бала.

Висновки

Інсомнічні розлади є невід'ємною складовою порушень, які трапляються у пацієнтів з МСХ і супутніми тривожними та депресивними розладами. Основні скарги пацієнтів першої групи – на низьку якість сну з частими неприємними сновидіннями, поверхневий сон та раптові пробудження, що супроводжуються страхом, тривогою та вегетативними порушеннями. Основні скарги пацієнтів другої групи – тяжкість засинання, низька якість та коротка загальна тривалість сну, відсутність відчуття бадьорості після нічного сну, що корелювали із вираженістю депресивних проявів.

Список використаної літератури

1. *Байкова И. А. Психофармакологические и психотерапевтические методы лечения нарушений сна : учебно-методическоепособие / И. А. Байкова. – Мн., 2005. – 24 с.*
2. *Бузунов Р. В. Зависимость тяж ести синдрома обструктивного апное во время сна от увеличения массы тела после возникновения у пациента симптома храпа / Р. В. Бузунов, В. А. Ерошена // Терапевтический архив. – 2004. – № 3. – С. 59–62.*
3. *Вейн А. М. Медицина сна / А. М. Вейн, Т. С. Елигулашвили // Материалы «XXX Всероссийского совещания по проблемам высшей нервной деятельности». – СПб., 2000. – С. 637–638.*
4. *Викулова О. А. Противоречия и консенсусы метаболического синдрома / О. А. Викулова // По материалам IV Международного конгресса «Предиабет и метаболический синдром», 6–9 апреля 2011 г., Мадрид // Сахарный диабет. – 2011. – № 2. – С. 127–130.*
5. *Ковальзон В. М. Институт проблем экологии и эволюции им. А. Н. Северцова, 2006 г.*
6. *Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы / Левин Я. И., Ковров Г. В., Полуэктов М. Г. [и др.]. – М. : Медпрактика, 2005.*
7. *Любшина О. В. Нарушение сна у больных артериальной гипертензией и избыточной массой тела / О. В. Любшина, А. Л. Верткин, М. Ю. Максимова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – № 3. – С. 10–19.*
8. *Полуэктов М. Г. Хронобиология сна / М. Г. Полуэктов. – В кн. : Избранные лекции по неврологи II / под. ред. В. Л. Голубева. – М. : МЕДпресс-информ, 2012. – 480 с. (С. 326–344).*
9. *Чабан О. С. Сучасні підходи до лікувань порушень сну / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Сімейна медицина – 2004. – № 1 – С. 8–11.*
10. *Чабан О. С., Хаустова О. О. Спосіб корекції метаболічного синдрому Х: Пат. 24084 Україна; Заявл. 07.08.2006; Опубл. 25.06.2006.*
11. *Чабан О.С. Лечение расстройств сна у пациентов с метаболическим синдромом Х. / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 4(8).*
12. *Шатило В. Б. Метаболические нарушения у пожилых больных с гипертонической болезнью и их коррекция мелатонином / В. Б. Шатило, Е. В. Бондаренко, И. А. Антонюк-Щеглова // Успехи геронтологи. – 2012. – № 25 (1). – С. 84–89.*
13. *Abad V. C. Sleep and psychiatry / V. C. Abad C. Guilleminault // Dialogues In Clinical Neuroscience. – 2005 – Vol. 7, 4. – P. 291–303.*
14. *Muzet A. Alteration of sleep microstructure in psychiatric disordes / A. Muzet // Dialogues In Clinical Neuroscience. – 2005. – Vol. 7, 4. – P. 315–321.*
15. *A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis / Pladevall M., Singal B., Williams L. [et al.] // Diabetes Care. – 2006. – Vol. 29 (1). – P. 113–122.*
16. *Sunita M. Stewartetal. Depressive Symptoms Predict Hospitalization for Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus / M. Stewartetal Sunita // Pediatrics. May. – 2005. – 115. – P. 1315–1319.*

СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

К.И. Клебан

Ключевые слова: метаболический синдром Х, инсомния, тревога, депрессия.

Многочисленные современные исследования показывают, что метаболический синдром Х является проблемой мирового масштаба. Фактором, приводящим к значительному ухудшению протекания МСХ и появлению новых осложнений, является наличие в структуре заболевания непсихотических психических расстройств.

Целью данного исследования было выявление особенностей сомнологического статуса у этой категории больных. В статье показаны результаты тестирования по анкете бальной оценки субъективных характеристик сна, шкале дневной сонливости Эпворта у пациентов с МСХ, показано взаимовлияние непсихотических психических расстройств и нарушений сна у данной группы больных.

Нами выявлено, что инсомнические расстройства являются неотъемлемой частью нарушений, которые встречаются у пациентов с МСХ и сопутствующими тревожными и депрессивными расстройствами, обнаружено два типа нарушений сна: первый связан с синдромом апноэ во сне, второй – с явлениями психофизиологической инсомнии. Именно поэтому нужно лучше изучить данные аспекты МСХ и коморбидные с ним непсихотические психические расстройства, для своевременной диагностики и комплексного лечения такой категории больных.

Key words: metabolic syndrome X, insomnia, anxiety, depression.

Numerous current studies show that metabolic syndrome X is a global problem. Factor that leads to a significant worsening of MSX and the occurrence of new complications is the presence in the structure of the non-psychotic mentalillness disorders.

The purpose of this study is to identify the characteristics of the sleep status in this cohort of patients. The results of tests on the questionnaires coring subjective characteristics of sleep, Epworth Sleepiness Scalein patients with MSX shows the relationship between non-psychoticmental disorders and sleep disorders in those patients.

We have found that sleep disordersarean integral part of the violations that occurin patients with MSX and the associate danxiety and depressive disorders shows the impact of mental disorder son quality of life in this population of patients, revealed two types of sleep disorders: the first is associated with sleep apnea syndrome and these cond with symptoms of psychophysiological insomnia. There fore, it is necessary to better understand the is sue as MSX and comorbid non-psychotic mental disorder stotimely diagnose and comprehensively treat these patients.