

УДК 616.134.9

Абраменко Ю.В., Яковлев Н.А., Слюсарь Т.А.

**ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ ИНСОМНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА***ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия, г. Тверь*

Резюме. Проведена сравнительная оценка клинических характеристик нарушений сна у 72 пожилых женщин и 48 сопоставимых с ними по возрасту и уровню образования мужчин с ранними стадиями хронической ишемией головного мозга (ХИГМ). Установлено, что у женщин с ХИГМ преобладали такие инсомнические расстройства, как трудности засыпания, частые ночные пробуждения, ранее утреннее пробуждение и постсомническая астения. Женщины, по сравнению с мужчинами с ХИГМ, характеризовались более низким качеством сна. Полученные данные могут иметь значение для планирования дифференцированных подходов к обследованию и лечению инсомнических расстройств у мужчин и женщин с ХИГМ.

Ключевые слова. Гендер, хроническая ишемия головного мозга, эмоциональные нарушения, расстройства сна, инсомния, трудности засыпания, инверсия сна, частые ночные пробуждения, постсомническая астения.

*Abramenko Yu.V., Yakovlev N.A., Slyusar T.A.***GENDER CHARACTERISTICS OF INSOMNIA IN PATIENTS WITH CHRONIC BRAIN ISCHEMIA**

Summary. 72 elderly women and 48 matched by age and education men with initiatory stages of chronic brain ischemia (CBI) have been studied using comparative analysis of sleep disorders clinical characteristics. The results demonstrated that difficulties of in falling asleep, frequent nocturnal sleeplessness, early morning waking and postsomnic asthenia prevailed in women with CBI. Women-patients were characterized by lower quality of sleep as compared to men with CBI. The received data may be important for individualization of examination and therapeutic approaches at men and women with insomnia and CBI.

Key words. Gender, chronic brain ischemia, emotional disorders, sleep disorders, insomnia, difficulties of in falling asleep, inversion sleep, frequent nocturnal sleeplessness, postsomnic asthenia.

Введение. Хроническая ишемия головного мозга (ХИГМ), традиционно обозначаемая в нашей стране термином «дисциркуляторная энцефалопатия» (ДЭ), – синдром прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторяющимися эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения и клинически проявляющийся неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями [5].

Известно, что наряду с двигательными и когнитивными нарушениями, для пациентов с ХИГМ характерна высокая частота различных эмоциональных расстройств, в том числе нарушений сна [7, 11]. Инсомния может быть следствием как морфологических изменений структур мозга, принимающих участие в регуляции сна и бодрствования, так и аффективных расстройств – тревоги и депрессии [8, 9, 13].

Несмотря на то, что эмоциональные, в том числе инсомнические, нарушения у пациентов с ХИГМ в настоящее время интенсивно изучаются, половым и гендерным аспектам этих расстройств не всегда уделяется достаточное внимание.

Цель исследования. Изучение особенностей инсомнических расстройств у пациентов с ХИГМ разного пола для определения возможных подходов к оптимизации лечения.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с ХИГМ (средний возраст 64,7±1,1 г., 72 женщины и 48 мужчин). Диагноз ХИГМ и стадии заболевания устанавливали на основании принятых в нашей стране критериев [3]. ХИГМ I стадии диагностировали у 41,7% женщин и у 18,7% мужчин, ХИГМ II стадии – соответственно у 58,3% и у 81,3%. Группы обследованных мужчин и женщин с ХИГМ были сопоставимы по возрасту, этиологической структуре, средней длительности заболевания, трудовому и образовательному статусу. Развитие ХИГМ у обследованных пациентов наиболее часто было связано с сочетанием артериальной гипертензии и атеросклероза (у 56,9% женщин и 64,6% мужчин).

Критериями включения больных в исследование были: возраст от 50 до 74 лет; наличие ХИГМ I-II стадии гипертонического, атеросклеротического, смешанного генеза; информированное согласие на участие в исследовании; среднее или высшее образование. Критерии исключения: энцефалопатия не сосудистого генеза; тяжелые соматические, психические, эндокринные, гематологические, онкологические заболевания; васкулиты; перенесенные инсульты, черепно-мозговые травмы, инфекционные заболевания ЦНС; применение в течение последних 6 месяцев терапии, способной исказить результаты обследования (анксиолитики, антидепрессанты).

Обследование больных включало анализ жалоб пациентов и исследование неврологического статуса. Инсомнию выявляли по критериям международной классификации сна (ICDS-2) 2005 года, качество сна исследовали с помощью анкеты федерального Сомнологического центра [6]. Уровень тревожности оценивали по шкале Спилбергера [14], депрессии – по опроснику Бека [12].

Количественные данные обрабатывали с помощью стандартного пакета программ SPSS 13.0 for Windows; использовали критерии t , χ^2 и коэффициент корреляции Пирсона. Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования. При анализе жалоб пациентов с ХИГМ установлено, что неудовлетворенность своим ночным сном отметили 85,0% обследованных, в том числе 77,1% мужчин и 90,3% женщин ($p < 0,05$). Инсомния по критериям международной классификации расстройств сна (ICDS-2) выявлялась на фоне ХИГМ чаще у женщин (62,5%), чем у мужчин (41,7%) ($p < 0,05$); преобладание женщин было более отчетливым на II-ой стадии заболевания (64,3% при 38,5% у мужчин, $p < 0,05$).

Анализ феноменологических особенностей сна показал (таблица 1), что пресомнические расстройства, клинически проявлявшиеся трудностями засыпания, когда пациентам не удавалось заснуть в течение 1-2 ч (засыпание у здорового человека происходит в течение 3-10 мин), чаще встречались у женщин (41,6% при 29,2% у мужчин, $p < 0,05$). Интрасомнические расстройства в виде частых ночных пробуждений и неприятных сновидений также преобладали у пациентов женского пола (соответственно 37,5% и 34,7% при 20,8% и 16,7% у мужчин, $p < 0,05$). Представленность таких постсомнических расстройств, как раннее утреннее пробуждение и постсомническая астения (ощущение «невыспанности», сонливости и усталости по утрам), была выше у женщин с ХИГМ по сравнению с мужчинами ($p < 0,05$), в то же время частота выявления некоторых интрасомнических (поверхностный сон), и постсомнических нарушений (инверсия сна – бессонница ночью и сонливость днем), у пациентов с ХИГМ разного пола оказалась практически одинаковой.

Таблица 1

Представленность нарушений сна у мужчин и женщин с ХИГМ (%)

Нарушения сна	Группы обследованных					
	ХИГМ в целом (n=120)		ХИГМ I стадии (n=39)		ХИГМ II стадии (n=81)	
	ж(n=72)	м (n=48)	ж(n=30)	м (n=9)	ж(n=42)	м (n=39)
Трудности засыпания	41,6	29,2*	36,7	22,2	45,2	30,7*
Ночные пробуждения	37,5	20,8*	16,7	11,1	52,4	23,1*
Неприятные сновидения	34,7	16,7*	26,7	22,2	40,5	15,4*
Поверхностный сон	16,7	12,5	6,7	11,1	12,8	23,8
Постсомническая астения	36,1	18,8*	26,7	22,2	42,8	17,9*
Раннее утреннее пробуждение	33,3	12,5*	23,3	11,1	40,5	12,8*
Инверсия сна	27,8	29,2	20,0	33,3	33,3	28,2

Примечание. Здесь и в последующих таблицах: * - различия мужчин и женщин (* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$)

По анкете Федерального сомнологического центра в подгруппе пациентов с ХИГМ I стадии пограничные значения сна выявлялись у мужчин и женщин примерно с одинаковой частотой (соответственно 55,6% и 53,3%), в то время как на II-ой стадии заболевания они отчетливо преобладали у мужчин (64,1% при 35,8% у женщин, $p < 0,05$). Женщины, по сравнению с мужчинами, характеризовались более низким качеством сна как на начальной стадии

ХИГМ (соответственно 18,3±1,5 и 20,9±5,4 баллов, $p<0,05$), так и на II-ой стадии (16,0±4,3 и 18,4±1,9 баллов, $p<0,01$). По мере прогрессирования заболевания качество сна у лиц обоего пола ухудшалось ($p<0,01$, $p<0,05$) (таблица 2).

Таблица 2

Уровни тревожности, депрессии и качества ночного сна у женщин и мужчин с ХИГМ (в баллах, $M\pm SD$)

Показатели	Группы обследованных					
	Группа ХИГМ в целом (n=120)		ХИГМ I стадии (n=39)		ХИГМ II стадии (n=81)	
	ж (n=72)	м (n=48)	ж (n=30)	м (n=9)	ж (n=42)	м (n=39)
Тревога реактивная	46,2±11,8	40,97±6,2**	42,0±9,8	35,7±6,9*	49,3±12,3	42,2±5,6**, °°
Тревога личностная	50,2±11,0	44,6±6,9**	45,2±8,7	37,6±4,8**	53,8±9,7	46,3±5,6**, °°
Депрессия	15,0±5,9	11,4±3,4**	12,1±4,9	7,6±2,4**	17,2±5,1	12,3±3,1**, °°
Ночной сон	18,9±3,4	17,0±3,4**	20,9±5,4	18,3±1,5*	18,4±1,9°	16,0±4,3**, °°

Примечание. ° - различия ХИГМ I и II стадии (° $p<0,05$; °° $p<0,01$)

Заключение. Таким образом, в результате исследования нами выявлено преобладание инсомнических расстройств у обследованных женщин с ХИГМ, что может быть обусловлено более высокой, чем у мужчин, частотой и выраженностью тревожно-депрессивных нарушений [4, 6, 2]. Относительно высокий удельный вес более легких (пограничных) нарушений сна у мужчин с ХИГМ связывают с меньшей представленностью, а также более легким и скрытым течением у них аффективных расстройств, в частности депрессии [10, 1]. Выявленные половые различия клинических характеристик инсомнических расстройств у пациентов с ХИГМ целесообразно учитывать при их комплексном обследовании и лечении.

Литература:

1. Абраменко Ю.В. Особенности клинико-нейропсихологических нарушений у мужчин и женщин на ранних стадиях дисциркуляторной энцефалопатии / Ю.В.Абраменко, Н.А.Яковлев // Вестник новых медицинских технологий. – 2008. – Т. XV, № 3. – С. 185–187.
2. Абраменко Ю.В. Гендерные особенности реагирования на стресс больных дисциркуляторной энцефалопатией / Ю.В.Абраменко, Н.А.Яковлев, Т.А.Слюсарь // Профилактическая и клиническая медицина. – СПб, 2011. – Том II, № 2. – С. 310-311.
3. Болезни нервной системы: в 2 т. /ред. Н.Н.Яхно, Д.Р.Штульман. – 2-е изд. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1. – 302 с.
4. Вейн А.М. Гендерная проблема в неврологии / А.М. Вейн, А.Б. Данилов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 10. – С. 4–14.
5. Дамулин И.В. Дисциркуляторная энцефалопатия: патогенез, клиника, лечение: методические рекомендации / И.В. Дамулин. – М.: Медиа Сфера, 2005. – 48 с.
6. Депрессия в неврологической практике /А.М.Вейн [и др]. – М.: МИА, 2007. – 208 с.
7. Диссомнические расстройства при дисциркуляторной энцефалопатии / И.А.Челышева [и др.] // Неврологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 26–31.
8. Ковров Г.В. Нарушение сна: от жалобы к диагностике и лечению / Г.В. Ковров, О.В. Воробьева // Русский медицинский журнал. – 2006. – Т. 14, № 6. – С. 439–443.
9. Левин Я.И. Лечение инсомнии /Я.И. Левин //Consilium-medicum. Неврология. Приложение к журналу. – 2008. – № 1. – С. 81–83.
10. Минутко В.Л. Депрессия / В.Л. Минутко.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 320 с.
11. Яковлев Н.А. Хроническая ишемия головного мозга / Н.А. Яковлев, Т.А. Слюсарь, Ю.В. Абраменко. – Тверь: ГЕРС, 2011. – 48 с.
12. An inventory for measuring depression /A.T.Beck [et al.] //Arch. Gen Psychiatr. – 1961. – Vol. 5. – P. 561–571.
13. Kryger M.H. Principles and Practice of Sleep Medicine /M.H.Kryger, T.Roth, T.W.C.Dement. – 4-rd Ed. – Philadelphia: Saunders, 2005. – 1552 p.
14. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory /C.D.Spilberger [et al.]. — Palo Alto, 1970. – 38 p.