

Діагностика та лікування розладів сну, спричинених стресом: результати нового дослідження

На сьогодні, коли населення України страждає від впливу різноманітних взаємопідсилювальних психотравматичних факторів, проблема розладів сну є актуальною та потребує якнайшвидшого дослідження і вирішення. В березні відбулася IV Всеукраїнська конференція з функціональної медицини, в якій взяла участь президент ГО «Всеукраїнська асоціація функціональної медицини» (м. Київ), завідувачка кафедри терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології післядипломної освіти Національного медичного університету (НМУ) ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Олена Юрїївна Губська з доповіддю «Дослідження розладів сну та настрою під час травматичних подій воєнного часу. Результати власних досліджень».

Травматичний стрес будь-якого генезу підвищує ризик соматичних захворювань. Потреба в їхньому лікуванні часто є недооціненою та перебуває поза увагою лікарів. Через щораз вищу кількість соматичних розладів, пов'язаних зі стресом, вітчизняна медична система через декілька років знаходиться в стані суттєвого навантаження, тому вже сьогодні необхідно ідентифікувати уразливі групи населення та проводити скринінг пацієнтів.

На тлі психічних травм, пов'язаних із війною, з'являється низка проблем зі здоров'ям, як-от ожиріння, артеріальна гіпертензія, дисліпідемія, серцево- / цереброваскулярні захворювання, метаболічний синдром, жирова хвороба печінки, цукровий діабет, зниження імунітету з підвищенням сприйнятливості до інфекцій, хвороби травного тракту (виразкова хвороба шлунка, дванадцятипалої кишки, розлади за віссу «кишечник – головний мозок» – функціональна диспепсія, синдром подразненого кишечника, функціональні розлади жовчного міхура тощо), автоімунні захворювання (ревматоїдний артрит, псоріаз, автоімунний тиреоїдит), а також інші прояви, в т. ч. хронічний біль, синдром хронічної втоми, безсоння. На початку війни багато людей відчули дискомфорт, пов'язаний з певними психоемоційними порушеннями, в т. ч. і такими реакціями, які не були притаманні їм раніше. Основними видами гострої реакції на стрес були ступор, рухове збудження, афективний стан (агресія), панічний страх, нервово тремтіння, істерика, плач, безпорадність.

Коли дія стресу втрачає гостроту чи хронізується, а також за появи повторних несприятливих впливів, виникають інші реакції, які добре вкладаються у модель коморбідної соціально-емоційної та інших дисфункцій на тлі полівагальної теорії (Jacek Kolacz et al., 2019). Така модель з'являється внаслідок філогенетично обумовлених реакцій на хронічну загрозу, під час чого змінюються сенсорно-моторні процеси та гомеостатичні петлі зворотного зв'язку в організмі. Ця модель слугує для оцінки інтегративних впливів психосоціальних факторів (насамперед на перебіг гастроентерологічних захворювань, але може поширюватися і на інші органи та системи).

Війна та збройний конфлікт продовжують і посилюють щоденні стресові фактори, що негативно впливають на психічне здоров'я населення (Miller K.E., et al., 2010). Втрата майна, соціальне відчуження, пережите насильство, смерті близьких сприяють психологічному стресу та можуть зумовити хронічну активацію стресової системи (Miller K.E.; Rasmussen A., 2014). За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, в осіб, які постраждали від війни та переселення, можуть розвинути психічні розлади, в т. ч. депресія, думки про самогубство, посттравматичний стресовий розлад і зловживання психоактивними речовинами.

Стрес тісно пов'язаний із порушенням сну, зокрема, важливими у формуванні розладів сну є очікування або передчуття високих вимог чи зусиль кожного наступного дня. Сонографічні записи демонструють вкорочення сну (переважно 3 та 4 фаз) і його фрагментацію. Вкорочений або порушений сон викликає підвищення рівнів лабораторних маркерів стресу (наприклад, кортизолу), отже, може посилити прояви його стресових наслідків. Дослідження війни в Перській затоці 1991 року продемонструвало, що сучасна ракетна війна може зумовити тривале безсоння в 1/3 населення, що знаходиться під загрозою.

Безсоння – це розлад сну, що проявляється порушенням засинання, переривчастим чи поверхневим сном або передчасним пробудженням. Розлади сну розподіляють на пресомнічні (неможливість заснути в звичайний час; часто супроводжуються тривогою, страхом і нав'язливими

думками), інтрасомнічні (поверхневий тривожний сон із частими пробудженнями) та постсомнічні (при задовільному засинанні хворий прокидається на декілька годин раніше, ніж зазвичай, а потім або не може заснути, або спостерігається неспокійний сон, що не формує задоволення).

Загальні причини безсоння:

- стрес, тривога або депресія;
- порушення гігієни сну (пізній відхід до сну, надто раннє пробудження, недостатність сну, нерегулярний сон);
- зміни в навколишньому середовищі (зміна часового поясу, нічні зміни);

• наявні захворювання, що спричиняють фізичний дискомфорт і супроводжуються больовим синдромом;

• неврологічні захворювання (пухлини мозку з локалізацією процесу в ділянках, що відповідають за процеси циклу «сон – неспання», невротичні розлади);

• зловживання психоактивними речовинами (алкоголем, кофеїном, харчовими добавками);

• прийом різних медикаментів, психостимулювальних засобів (деякі антидепресанти, симпатоміметики тощо).

За класифікацією Американської академії медицини сну (AASM), безсоння за терміном перебігу розподіляється на епізодичне, короткочасне та хронічне. Епізодичне триває до 1 тиж і є наслідком емоційного стресу. Іноді причина його виникнення – зовнішні чинники при підвищеній чутливості до них (шум, небажане світло, зміни температури). Короткочасне безсоння триває від 1 до 3 тиж і найчастіше виникає за порушення адаптації; є наслідком тяжких і триваліших стресових ситуацій, як-от втрата близької людини (реакція горя), безробіття, зміна місця проживання. Хронічне триває >3 тиж; його найпоширенішими причинами є депресія, тривожні розлади, а також зловживання психоактивними речовинами.

Для діагностики безсоння проводять клінічне інтерв'ю з детальним з'ясуванням анамнезу сну, при цьому оцінюють гігієну сну та звичок, сукупність умов для снування, в т. ч. приготування до засинання, робочий розклад, циркадні фактори й інші розлади, пов'язані зі сном (наприклад, синдром неспокійних ніг, апное уві сні, порушення циклів «сон – неспання» тощо).

За потреби використовуються апаратні методи – ектографія та полісомнографія. Якість сну за попередні місяці оцінюється за допомогою Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI). Для визначення ступеня тяжкості безсоння розроблено індекс тяжкості безсоння (ISI), який є достатньо надійним і чутливим для встановлення в пацієнтів безсоння (Bastien et al., 2001). Також для збирання даних використовується Бергенська шкала безсоння (BSAS) (Pallesen et al., 2008).

Загальними принципами лікування розладів сну є забезпечення гігієни сну й неспання, вирішення супутніх психічних або психологічних проблем, усунення причин, що спричиняють безсоння, а також застосування снодійних препаратів для короткострокового лікування.

Основні сучасні підходи до лікування хронічного безсоння і корекції пов'язаних із ним станів – когнітивно-поведінкова терапія і фармакотерапія. Вони мають доведену ефективність і використовуються, незважаючи на належає виявлення та усунення провокувальних факторів.

У 2022 році одразу після деокупації Київської області на кафедрі терапії, інфекційних хвороб та дерматовенерології післядипломної освіти НМУ ім. О.О. Богомольця проведено дослідження, метою якого була оцінка психоемоційного стану та наявності розладів сну, зумовлених воєнними подіями в населення деокупованих територій. Завдання дослідження – оцінити динаміку розладів сну (хронічне безсоння) та настрою на 14-й і 28-й день прийому комплексного



О.Ю. Губська

біорегуляційного препарату Ньорексан, а також дослідити зв'язок між порушеннями настрою та безсонням.

Як опитувальники використовувалися госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), Пітсбурзький індекс якості сну (PSQI), індекс тяжкості безсоння (ISI), Бергенська шкала безсоння (BSAS). Критерії виключення з дослідження – органічне безсоння, тривале хронічне безсоння та досвід безсоння до війни.

До випробування залучили 35 осіб – 10 (28,6%) чоловіків і 25 (71,4%) жінок (різниця є достовірною; $p < 0,001$). Середній вік – $43,11 \pm 14,32$ року, середній вік чоловіків – $46 \pm 15,28$ року, жінок – $41,96 \pm 14,08$ року, достовірної різниці не виявлено ($p = 0,46$).

В структурі скарг домінували безсоння та розлади сну (85,7%), тривога (34,3%), втома (28,6%), сонливість (5,7%). Клінічно виражену тривогу та депресію (≥ 11 балів) мали 29 осіб (82,6%).

Дослідження показало, що безсоння і розлади настрою взаємопов'язані між собою. Отже, підходи в корекції або лікуванні розладів настрою та тривоги за допомогою фармакотерапії чи психотерапії сприяють також і поліпшенню стану при безсонні в більшості пацієнтів. Проте в багатьох пацієнтів постійне безсоння або безсоння, спричинене лікуванням, залишається навіть після покращення психічного стану. Порушення сну є найпоширенішим стійким симптомом під час лікування депресії та фактором ризику повторних епізодів погіршення настрою в хворих на еутимічний розлад.

Під час першого контакту із хворим проводився відбір із запрошенням до дослідження, оцінювалися фактори виникнення порушень настрою та сну, при цьому надавалися індивідуальні рекомендації з корекції порушень настрою і сну й призначався комплексний біорегуляційний препарат Ньорексан у стандартній дозі для дорослого (1 таблетка 3 р/добу).

Аналіз досліджуваних показників (до початку випробування та на 14-й день ($n=30$)) за опитувальниками HADS, BSAS, PSQI, ISI продемонстрував, що на тлі лікування або корекції, що призначалися, в пацієнтів спостерігалось покращення якості сну.

Результати відносно нещодавнього зарубіжного рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження подвійним методом з експлоративним дизайном свідчать, що Ньорексан достовірно значно знижував стрес-індуковане підвищення рівня кортизолу в слині (що є біомаркером стресу) та рівень адреналіну в плазмі крові порівняно із плацебо (Doering B.K et al., 2016).

Інше випробування довело, що Ньорексан значно знижував реакцію мозку на негативні емоційні стимули, а саме в мигдалеподібному тілі – відділі мозку, що є важливим в аспектах стресу та нервозності (Herrman L. Ey et al., 2020).

До складу Ньорексану входять гомеопатичні розведення ізвалеріанату цинку (лікує нервозність та порушення сну), вівса посівного (від виснаження і порушення сну), пасифлора (лікує неспокій, нервозність), кави арабіка (від безсоння).

ВИСНОВКИ

- Розлади настрою супроводжуються порушеннями сну.
- Виявлено позитивну кореляцію віку, проявів тривоги, депресії та розладів сну за госпітальною шкалою і BSAS.
- На тлі застосування комплексного препарату Ньорексан спостерігалось покращення якості сну.
- В роботі з пацієнтами, що скаржаться на розлади сну, для об'єктивізації роботи з хворими необхідно використовувати шкали оцінки сну та настрою.

Підготував Олександр Соловійов

