

## ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ ИНСОМНИИ: МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ

*О. В. Курушина, Е. А. Куракова, Х. Ш. Ансаров, И. Е. Гордеева, В. В. Мирошникова*

**Кафедра неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолгГМУ**

В последнее время все больше появляется сообщений о влиянии нарушений сна на эффективность восстановительного лечения после инсульта. Согласно современной классификации выделяют ситуационную инсомнию (продолжительность – до 1 недели), острую инсомнию (длительность менее 3 недель) и хроническую инсомнию (длительность более 3 недель). Хронизации инсомнии способствуют персистенция стресса, депрессия, тревога, продолженное течение заболевания, вызвавшего инсомнию, и длительное применение «долгоживущих» бензодиазепинов. В клинической картине инсомнии выделяют пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства:

### 1. Пресомнические расстройства:

- трудности начала сна;
- процесс засыпания может затягиваться до 2 часов и более (в норме в среднем 10 минут);
- при длительном течении могут формироваться патологические «ритуалы отхода ко сну», а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна»;
- нередко засыпание больными игнорируется, и все это время представляется им как сплошное бодрствование.

### 2. Интрасомнические расстройства:

- частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения «поверхностного» сна;
- пробуждения обусловлены как внешними (например, шум), так и внутренними факторами (страшные сновидения, повышенная двигательная активность, позывы к мочеиспусканию);

- резко снижен порог пробуждения и затруднен процесс засыпания после эпизода пробуждения.

### 3. Постсомнические расстройства:

- расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения;
- пациенты не удовлетворены сном;
- чувство «разбитости», неимперативной дневной сонливости;
- иногда больные предъявляют жалобы на полное отсутствие сна в течение многих ночей (при этом соотношения между субъективными оценками сна и его объективными характеристиками неоднозначны).

### Сон и инсульт

Инсульт (в переводе с лат. – удар) – одна из наиболее тяжелых форм сосудистых поражений головного мозга. По данным Я. И. Левина с соавт. (2008), в утренние часы развивается 45 % инсультов, днем – 32 % и во время ночного сна – 23 %. При этом первые несколько часов после пробуждения являются особенно опасными в плане возникновения инсульта. К наиболее грубым расстройствам сна приводят геморрагические инсульты и максимальная приближенность очага к срединным структурам. В формировании структурных изменений сна, кроме основной причины (инсульт), большой вклад вносит также исходная особенность регуляции цикла «сон – бодрствование». Нарушения сна при мозговом инсульте проявляются в виде инсомнии, нарушении цикла «сон – бодрствование» и расстройства дыхания во сне по типу синдрома «апноэ во сне». Инсомния у больных, перенесших инсульт, характеризуется изменением продолжительности сна, частыми ночными пробуждениями и отсутствием удовлетворенности ночным сном, что влияет,

прежде всего, на качество жизни (при максимальном значении 110 баллов), что соответствует 39,6 % от нормы. Наиболее частым последствием инсульта, влияющим на «качество жизни» больных, являются нарушения двигательных функций, которые к концу острого периода (3 недели от начала инсульта) наблюдаются у 81,2 % из 100 выживших больных. Однако помимо двигательного дефицита острое нарушение мозгового кровообращения нередко приводит к развитию депрессии, нарушению когнитивных функций, нарушениям сна, нарушению дыхания во сне, которые находятся в «тени» основного (двигательного) дефекта, и зачастую в большей степени влияющих на «качество жизни» постинсультных больных. При этом они также оказывают существенное влияние на ход восстановительного лечения и могут являться «негативными предикторами» эффективности восстановительных мероприятий. И поэтому состояние данных функций может служить прогностическим критерием восстановления больных. Но, несмотря на это, многие врачи не всегда уделяют должное внимание такому клиническому симптому, как инсомния, что приводит к низким показателями восстановления, худшему прогнозу и качеству жизни пациентов.

Нами проведено исследование, в котором приняли участие 109 пациентов в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта, которое проводилось на базе неврологического отделения Клиники № 1 ВолгГМУ, ГУЗ БСМП № 25, ГУЗ ВОКБ № 1. Средний возраст больных составил  $(59,6 \pm 7,4)$  лет. Среди обследованных было 69 мужчин (48,2 %) и 74 женщины (51,8 %). С ишемическим типом поражения – 78 % (85 больных), с геморрагическим –

22 % (24 пациента). Оценка нарушения сна проводилась при помощи шкалы субъективных характеристик сна, определение способности к самообслуживанию – с помощью шкалы Бартел, определение уровня качества жизни – с помощью шкалы SS-QOL, а выявление тревоги и депрессии – с помощью шкалы тревоги Тейлора и шкалы депрессии Зунга. Динамика двигательных возможностей, тревоги, депрессии и показателя качества жизни пациентов оценивалась на протяжении четырех недель: 1-й визит начало исследования, 2-й визит – через 2 недели, 3-й визит – через 4 недели.

Среди пациентов с инсомниями наиболее выраженное уменьшение депрессивной симптоматики отмечено среди пациентов, получающих препарат мелатонина, более значимое у пациентов после геморрагического инсульта – снижение среднего балла шкалы Зунга на 23,3 %, чем после ишемического – на 11 %.

У пациентов с инсомниями, не получающих препарат мелатонина – минимальная положительная динамика в виде уменьшения выраженности депрессивного расстройства на 2,6 % – у лиц после ишемического инсульта, и отрицательная динамика – увеличение среднего балла исследуемой шкалы на 4,4 % – у лиц после геморрагического инсульта. У пациентов, изначально не испытывающих расстройств сна, не отмечено определенной закономерности изменения среднего балла шкалы Зунга: у больных после ишемического инсульта выявлена положительная динамика в виде уменьшения выраженности депрессивной симптоматики на 11,9 %, после геморрагического инсульта – отрицательная динамика, увеличение среднего балла составило 1,9 % (рис. 1, 2).

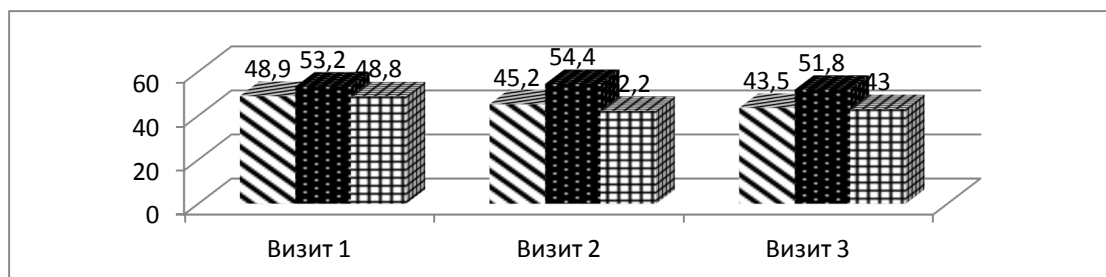


Рис. 1. Динамика показателей депрессивного состояния у пациентов с ишемическим инсультом

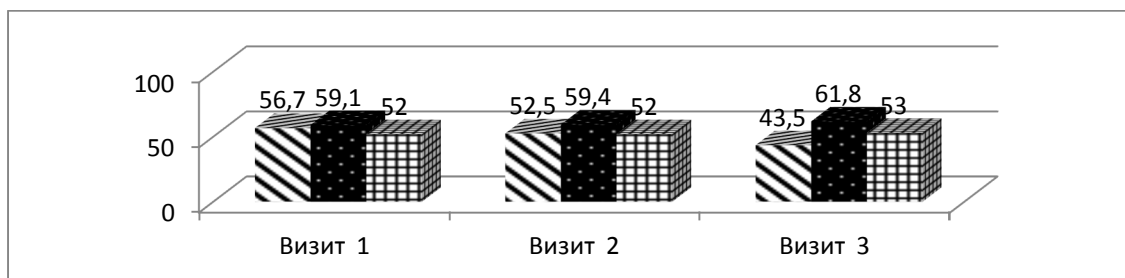


Рис. 2. Динамика показателей депрессивного состояния у пациентов с геморрагическим инсультом

Наилучшая динамика регресса тревожной симптоматики отмечена у пациентов с инсомниями, получающих препарат мелатонина. У больных после ишемического инсульта более выраженное уменьшение тревожной симптоматики – на 22,7 %, после геморрагического – на 15,1 %.

Среди пациентов с инсомниями, не получающих мелатонин, динамика показателей тревожности оказалась следующая: у больных после ишемического инсульта отмечена отрицательная динамика, средний балл шка-

лы Тейлора увеличился на 11,3 %, после геморрагического инсульта – существенно не изменился, прирост составил всего 0,6 %.

У пациентов, изначально не испытывающих проблем со сном, после ишемического инсульта выявлена менее выраженная положительная динамика, в сравнении с пациентами, испытывающими расстройства сна и получающими мелатонин – уменьшение уровня тревожности на 6,1 %; у пациентов после геморрагического инсульта – отрицательная динамика (рис. 3, 4).

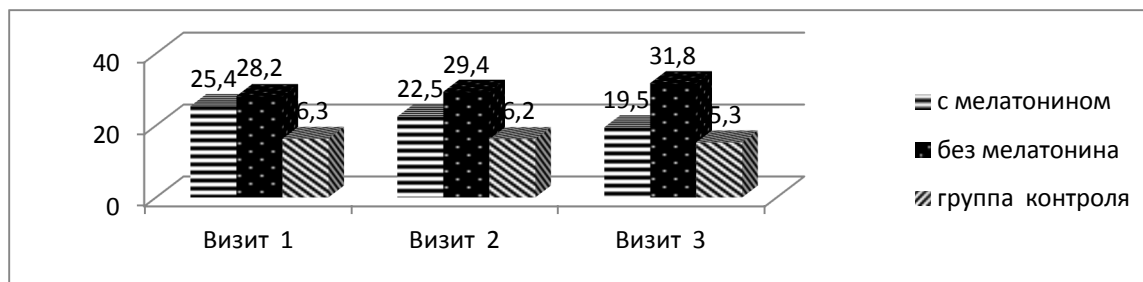


Рис. 3. Динамика показателей тревожного расстройства у пациентов с ишемическим инсультом

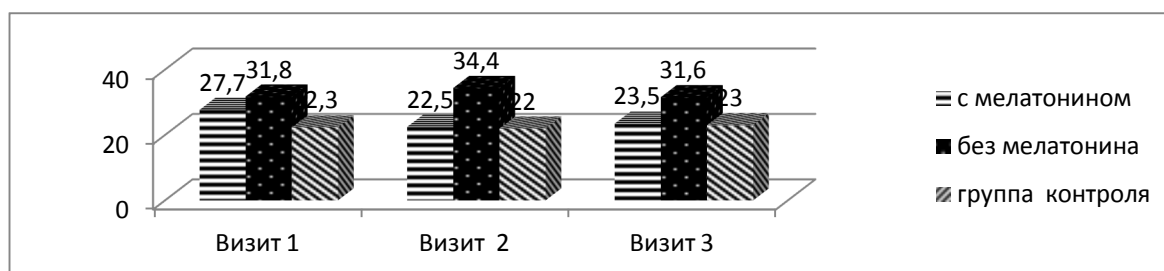


Рис. 4. Динамика показателей тревожного расстройства у пациентов с геморрагическим инсультом

Наиболее эффективное восстановление утраченных двигательных функций демонстрировали пациенты, изначально не испытывающие проблем со сном. Так, среди пациентов после геморрагического инсульта прирост среднего балла шкалы Бартел оказался мак-

симально высоким, составил 15,4 %, после ишемического инсульта – 11,2 %.

Среди пациентов с инсомниями лучшие результаты отмечены среди больных, принимающих мелатонин. У пациентов после ишемического инсульта получающих препарат

средний балл шкалы Бартел увеличился на 7,7 %, в сравнении с пациентами, не принимающими мелатонин – на 1,8 %; у пациентов после

геморрагического инсульта регресс двигательного дефицита у получающих препарат составил 9,1 %, у не получающих – 3,5 % (рис. 5, 6).

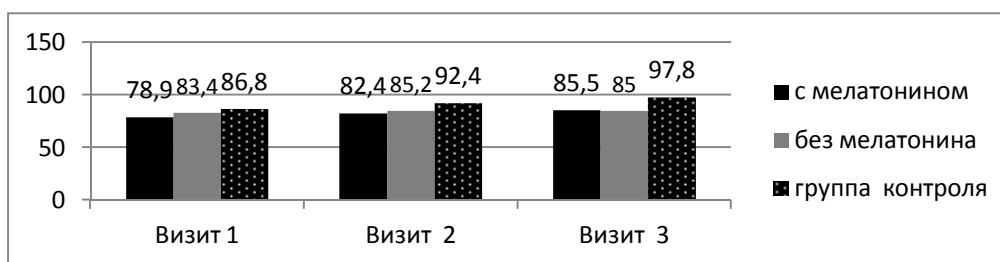


Рис. 5. Динамика восстановления утраченных двигательных функций у пациентов с инсомниями (на фоне приема препарата мелатонина и без), а также пациентов контрольной группы после перенесенного ишемического инсульта

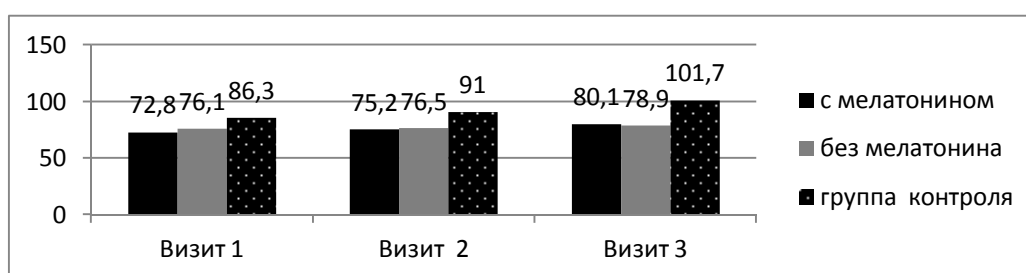


Рис. 6. Динамика восстановления утраченных двигательных функций у пациентов с инсомниями (на фоне приема препарата мелатонина и без), а также пациентов контрольной группы после перенесенного геморрагического инсульта

При сравнении пациентов, изначально не испытывающих расстройств сна, и больных с инсомниями, не получающих препарат мелатонина, как после ишемического, так и после геморрагического инсульта, выявлена общая тенденция худшего восстановления двигательных функций у пациентов с нарушениями сна без мелатонина. Так, среди пациентов после ишемического инсульта не испытывающих трудностей со сном прирост среднего балла шкалы Бартел составил 11,2 %, у пациентов с инсомниями, не принимающих мелатонин – 1,8 %; среди пациентов после геморрагического инсульта без нарушений сна – 15,1 %, с нарушениями сна, без мелатонина – 3,5 %.

Среди пациентов без нарушений сна отмечалась устойчивая тенденция увеличения качества жизни после ишемического инсульта до 13,5 %, после геморрагического – до 17,3 %.

Среди пациентов с инсомниями лучшие результаты зарегистрированы у пациентов,

принимающих мелатонин. После ишемического инсульта увеличение среднего показателя качества жизни у пациентов, принимающих препарат – на 10,2 %, у не принимающих – на 3,3 %; среди пациентов после геморрагического инсульта у получающих препарат улучшение качества жизни отмечено на 15,5 %, у не получающих – на 2 визите отмечалась незначительная положительная – средний показатель увеличился на 1,5 %, а к концу периода наблюдения – отрицательная динамика и возврат к исходному уровню показателя качества жизни – в итоге динамика среднего балла составила 0 %;

При анализе показателей качества жизни пациентов, изначально не испытывающих расстройств сна, и пациентов с инсомниями, не получающих мелатонин, была выявлена четкая тенденция улучшения показателей качества жизни у пациентов без нарушений сна. Так, среди пациентов после ишемического инсульта повышение качества жизни больных

контрольных групп превосходит таковое у пациентов с инсомниями, не получающих мела-

тонин, на 10,2 %, а у пациентов после геморрагического инсульта – на 17,3 % (рис. 7, 8).

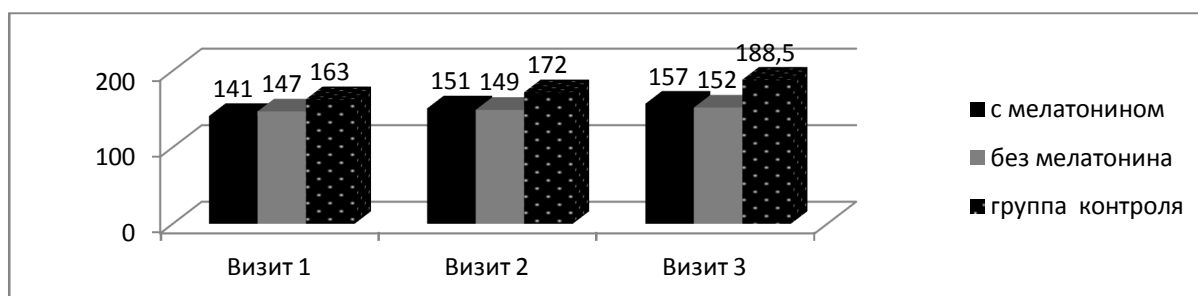


Рис. 7. Динамика показателей качества жизни у пациентов с ишемическим инсультом

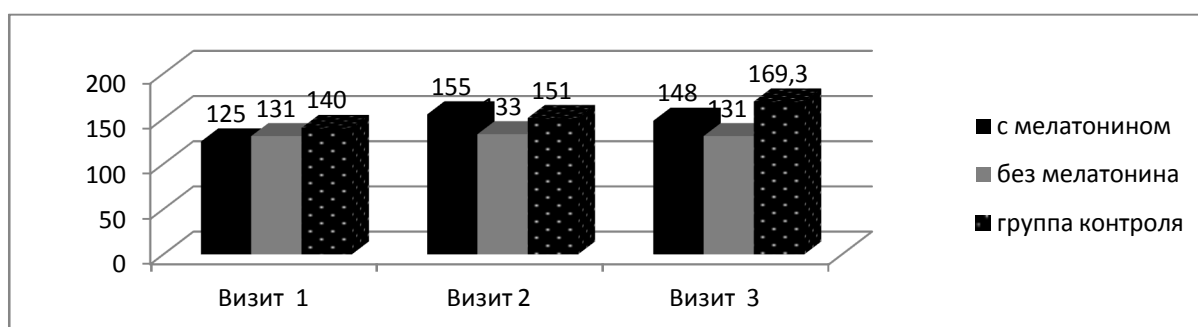


Рис. 8. Динамика показателей качества жизни у пациентов с геморрагическим инсультом

**Заключение.** Применение препарата мелатонина у пациентов с инсомниями в раннем восстановительном периоде инсульта позволяет улучшить процесс восстановления двигательных функций, повышать уровень качества жизни, а также уменьшает тревожно-депрессивную симптоматику у пациентов с постинсультными инсомниями. Наилучшие результаты восстановления двигательных функций и повышения качества жизни отмечены среди пациентов Ю изначально не испытывающих расстройств сна, а среди пациентов с инсомниями – у лиц, получающих препарат мелатонина. Регресс двигательного дефицита (шкалы Бартел) у пациентов с инсомниями,

получающих мелатонин, составил 9,1 %, повышение качества жизни – на 15,5 %. Регресс депрессивного расстройства у пациентов после геморрагического инсульта составил 23,3 %, уменьшение тревожной симптоматики после ишемического инсульта – на 22,7 %. Среди пациентов с инсомниями, не получающих препарат мелатонина – была прослежена отрицательная динамика и усиление выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. У контрольной группы изучение динамики показателей психо-эмоционального состояния – не выявило определенной тенденции, что может быть связано с недостаточной выявляемостью нарушений сна.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е., Куракова Е. А. Цефалгии в остром периоде инсульта // Российский журнал боли. – 2015. – № 1. – С. 84.
2. Гордеева И. Е., Ансаров Х. Ш., Курушина О. В., Барулин А. Е. Основные методы лечения постинсультных болевых синдромов // Лекарственный вестник. – 2016. – № 1. – С. 30–34.
3. Курушина О. В., Барулин А. Е. Жизнь после инсульта: как быть и что делать? // Русский медицинский журнал. – 2013. – Т. 21, № 16. – С. 826–830.

4. Маркин С. П. Влияние нарушений сна на эффективность восстановительного лечения больных, перенесших инсульт // Рос. мед. журн. – 2008. – Т. 16, № 12. – С. 1677–1681.
5. Сажин А. Ф., Ансаров Х. Ш., Курушина О. В. Реабилитация пациентов с ишемическим инсультом – терапевтическая стратегия // Лекарственный вестник. – 2013. – № 1. – С. 49.
6. Шахпаронова Н. В., Кадыков А. С., Кашина Е. М. Реабилитация больных, перенесших инсульт. Восстановление двигательных, речевых, когнитивных функций // Трудный пациент. – 2012. – № 11.

## ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ АРТРОПАТИИ, КЛИНИКА, ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

*Х. Ш. Ансаров, О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Е. А. Куракова, И. Е. Гордеева*

**Кафедра неврологии, нейрохирургии, с курсом медицинской генетики, курсом неврологии, мануальной терапии и рефлексотерапии ФУВ ВолГМУ**

В литературе постинсультные трофические изменения суставов и окружающих их тканей описываются под различными терминами: «рефлекторная симпатическая дистрофия», «синдром плечо – кисть», «регионарный болевой синдром». Артропатия с неврологической точки зрения – это поражение суставов, обусловленное первичным поражением нервной системы. В неврологической практике врачи чаще всего сталкиваются с артропатиями, развившимися у пациентов после инсульта и у пациентов, страдающих сирингомиелией. Развитие артропатий может приводить к образованию контрактур, при которых объем активных и пассивных движений в суставе резко ограничивается из-за выраженного болевого синдрома, что препятствует восстановлению движений, замедляет скорость восстановления. Наиболее часто, у 20–40 % больных с постинсультными парезами, в первые 4–5 недель после инсульта возникают артропатии плечевого сустава («синдром болевого плеча»). В среднем у 15 % больных с постинсультными гемипарезами наблюдаются артропатии и в других суставах: в основном – пальцев рук и лучезапястных суставах, у части больных – локтевого сустава, у небольшого количества больных – артропатии распространяются на суставы паретичной ноги. Иногда артропатия

возникает в 2 суставах, как, например, при синдроме Стейнброекера. Развиваются такие артропатии в среднем в течение первых двух месяцев после инсульта.

У 60 % больных артропатии сочетаются с мышечными атрофиями паретичных конечностей которые развиваются в первые 2–3 месяца после инсульта и в дальнейшем, как правило, не прогрессируют.

Для постинсультных артропатий характерна припухлость в области суставов, деформации их, болезненность при движениях, они локализуются преимущественно в суставах пальцев паретичной руки, лучезапястном и плечевом суставах, реже наблюдаются постинсультные артропатии локтевых, коленных и голеностопных суставов. По данным некоторых исследователей, развитие постинсультных артропатий не связано ни с иммобилизацией пораженной конечности, ни с мышечной спастичностью, ни с выпадением чувствительности.

Наряду с изменениями суставов в виде заметной деформации суставных поверхностей, ограничением подвижности в них и болями при движении, отмечаются выраженные изменения окружающих мягких тканей, кожи и костей. Нередко появляются подушкообразные отеки на тыльной и ладонной стороне кисти (синдром «отечной кисти»),