
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Е. А. Куракова, О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Р. С. Рохас

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра неврологии, нейрохирургии, медицинской генетики с курсом неврологии,
мануальной терапии, рефлексотерапии ФУВ

КОРРЕКЦИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ПАЦИЕНТОВ С ИНСУЛЬТОМ И НАРУШЕНИЯМИ СНА

УДК 616.831-005.1+616.8-009.836:614.2

Нарушение сна у пациентов, перенесших инсульт, является широко распространенным, но клинически недооцененным синдромом. Результаты проведенного исследования демонстрируют тот факт, что инсомнии являются значимым фактором, затрудняющим восстановление двигательных функций и снижающим качество жизни. Применение препарата мелатонина у пациентов с инсомниями в раннем восстановительном периоде инсульта позволяет улучшить процесс восстановления двигательных функций, повышать уровень качества жизни.

Ключевые слова: нарушение сна, инсульт, препарат мелатонина.

О. V. Kurushina, E. A. Kurakova, A. E. Barulin, R. S. Rojas

CORRECTION OF QUALITY OF LIFE AND PSYCHO-EMOTIONAL STATUS IN PATIENTS WITH STROKE AND SLEEP DISORDERS

Sleep disorders in stroke patients are a common but clinically underestimated syndrome. The results of the study demonstrate the fact that insomnia is a significant factor that complicates the restoration of motor functions and reduces the quality of life. The use of melatonin in patients with insomnia in the early recovery period of stroke can improve the process of motor function recovery, improve the quality of life.

Key words: sleep disturbance, stroke, melatonin preparation.

С каждым годом проблема сосудистых заболеваний головного мозга приобретает все большую актуальность и становится задачей исключительной медицинской и социальной значимости. Возрастающая распространенность, высокая смертность, глубокая инвалидизация больных с весьма ограниченными перспективами восстановления нарушенных функций и трудоспособности при мозговых инсультах определяют медицинский и социальный характер последствий и необходимость разработки эффективной комплексной системы реабилитации больных [7]. При этом традиционно в клинической картине инсульта основное влияние уделяют очаговому неврологическому дефициту, связанному с физической инвалидизацией, прежде всего, нарушению двигательной функции. Между тем психоэмоциональные расстройства и вегетативная дисфункция, возникающие у значительного числа пациентов, пе-

ренесших инсульт, оказывают на бытовую, социальную и профессиональную адаптацию едва ли не больший эффект, чем моторный дефицит и становятся весомой проблемой. [3] Кроме того, возникающие самостоятельно и на фоне психоэмоциональных расстройств нарушения сна также оказывают отрицательное влияние на восстановление утраченных функций. Но все эти синдромы находятся в «тени» основного (двигательного) дефекта, и зачастую в большей степени определяющих уровень качества жизни постинсультных больных [1]. Также эти функциональные расстройства оказывают существенное влияние на ход восстановительного лечения, и могут являться «негативными предикторами» эффективности восстановительных мероприятий. В последнее время все больше появляется сообщений о влиянии нарушений сна на эффективность восстановительного лечения после инсульта [4, 5].

Инсульт вызывает резкое нарушение продукции мелатонина и стойкую дисфункцию центра «сон – бодрствование», поэтому восстановление циркадианных ритмов после инсульта занимает длительное время [2, 6]. Изменения вегетативной регуляции при нарушениях мозгового кровообращения являются закономерными следствиями как прямого повреждения надсегментарных центров, так и нейрометаболических сдвигов, обусловленных стрессорными механизмами. Отклонения, возникающие в регулирующих отделах вегетативной нервной системы, предшествуют гемодинамическим, метаболическим, энергетическим нарушениям и, таким образом, могут быть наиболее ранними прогностическими признаками неблагоприятного течения заболевания [8, 9].

Таким образом, 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 показателям восстановления, худшему прогнозу и качеству жизни пациентов.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Скорректировать качество жизни и психосоциальный статус у пациентов с инсультом и нарушениями сна.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании 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, оценка тревожно-депрессивного состояния – с помощью шкалы тревоги Тейлора и шкалы депрессии Зунга. Для оценки и сравнения динамики моторных и немоторных проявлений у постинсультных пациентов (с ишемическим и геморрагическим инсультом) были сформированы по две основные группы пациентов: 1-ю составляли пациенты с нарушениями сна, принимающие препарат мелатонина, 2-ю – пациенты с нарушениями сна, не получающие препарат, 3-ю группу составляли па-

циенты, изначально не страдающие от расстройств сна.

Динамика оценивалась на протяжении четырех недель: 1-й визит начало исследования, 2-й визит – через 2 недели, 3-й визит – через 4 недели.

Выявлено, что до активного расспроса самостоятельно жалобы на нарушения сна высказывали лишь 17 % (24 пациента), т. е. только каждый шестой пациент активно предъявлял жалобы на нарушения сна.

С использованием шкалы субъективных характеристик сна распространенность нарушения сна в общей группе больных в раннем восстановительном периоде мозгового инсульта возросла в 3,5 раза, и составила: 58 % (83 пациентов). Пограничные значения отмечаются у каждого 4-го больного (25 %).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнение распространенности нарушений сна по жалобам пациентов до активного расспроса, результатов шкалы субъективных характеристик сна (СХС) и «авторского опросника» представлены на рис. 1, 2.

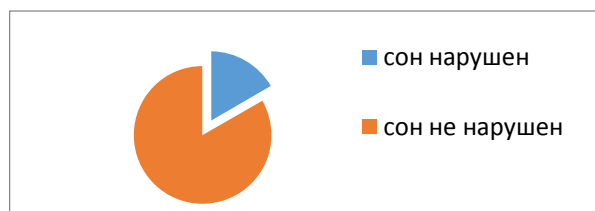


Рис. 1. Жалобы пациентов на нарушения сна до активного расспроса

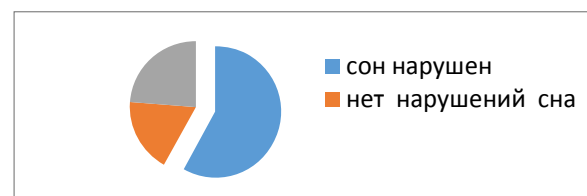


Рис. 2. Распространенность нарушений сна по данным скрининговой шкалы субъективных характеристик сна

Распространенность нарушений сна среди после ишемического инсульта: с нарушениями сна выявлено 47 пациентов (51,1 %), с пограничными значениями – 30 пациентов (32,6 %), и только 15 пациентов (16,3 %) без признаков нарушений сна.

На протяжении четырех недель наблюдения 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 максимально 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 сред-

ний 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. 3, 4).

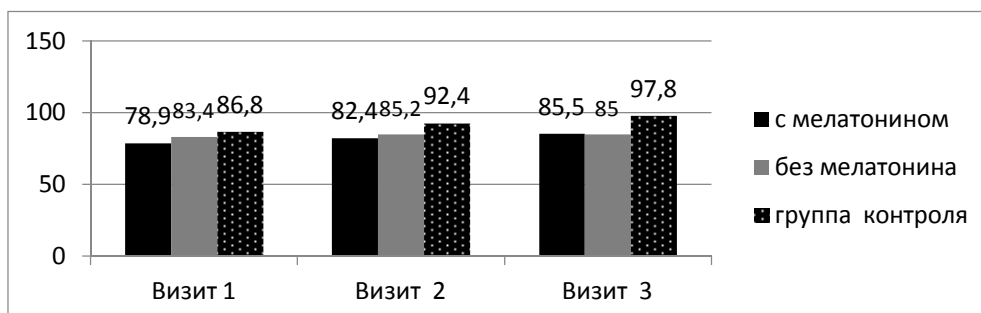


Рис. 3. Динамика восстановления утраченных двигательных функций у пациентов с инсомниями (на фоне приема препарата мелатонина и без), а также пациентов контрольной группы после перенесенного ишемического инсульта

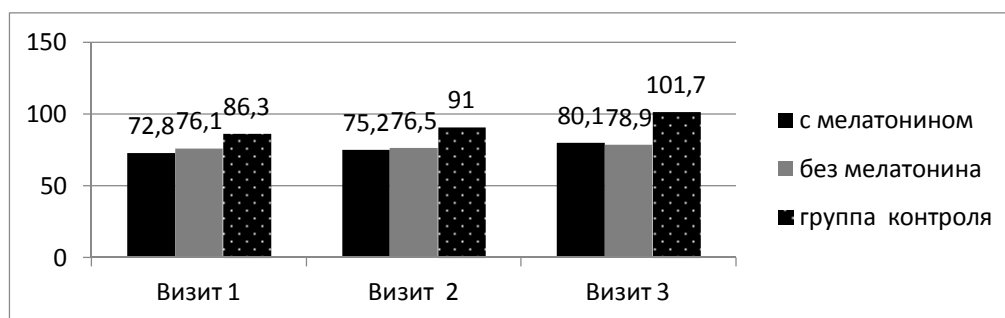


Рис. 4. Динамика восстановления утраченных двигательных функций у пациентов с инсомниями (на фоне приема препарата мелатонина и без), а также пациентов контрольной группы после перенесенного геморрагического инсульта

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 каче-

ства 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-м 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 мелатонин на 10,2 %, а у пациентов после геморрагического инсульта – на 17,3 % (рис. 5, 6).

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 % (рис. 7, 8).

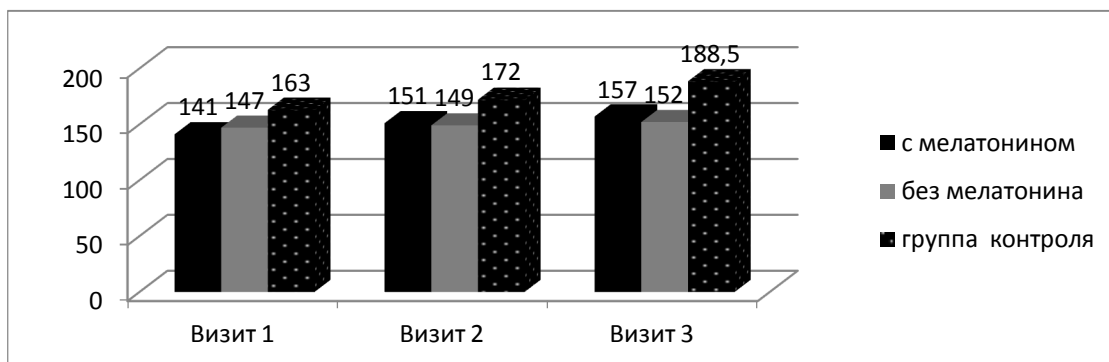


Рис. 5. Динамика показателей качества жизни у пациентов с ишемическим инсультом

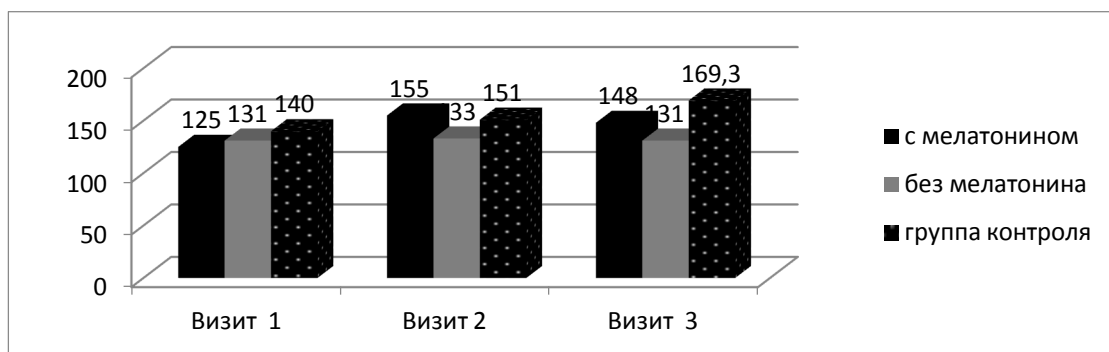


Рис. 6. Динамика показателей качества жизни у пациентов с геморрагическим инсультом

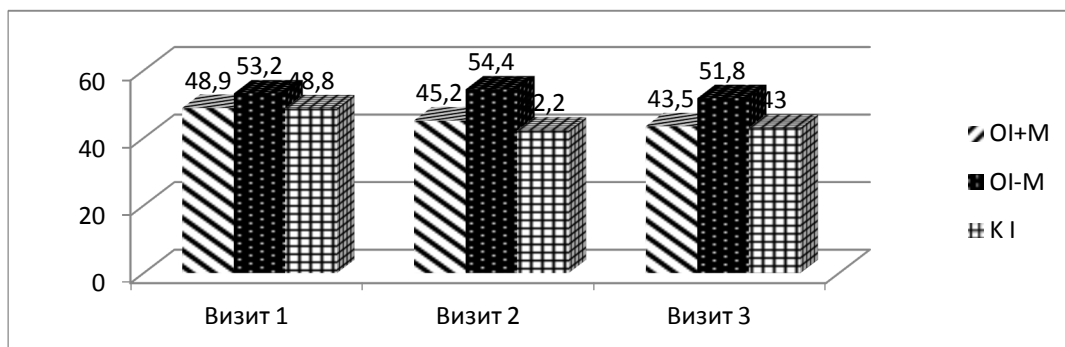


Рис. 7. Динамика показателей депрессивного состояния у пациентов с геморрагическим инсультом

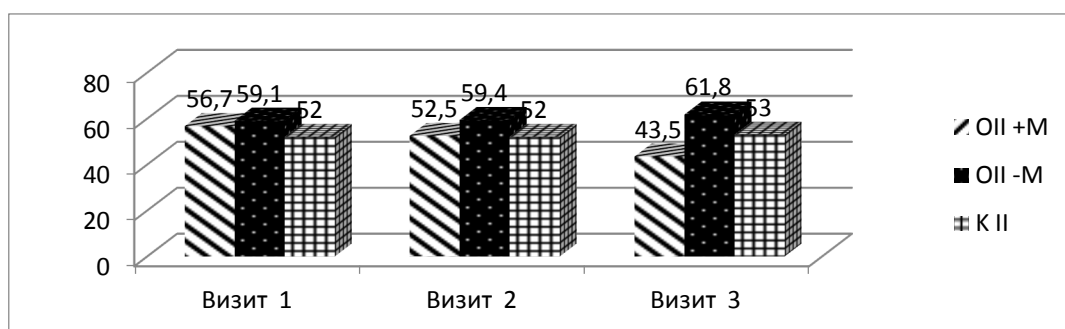


Рис. 8. Динамика показателей депрессивного состояния у пациентов с геморрагическим инсультом

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 %.

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 следующей: у больных после ишемического инсульта отмечена отрицательная динамика, средний балл шкалы 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. 9, 10).

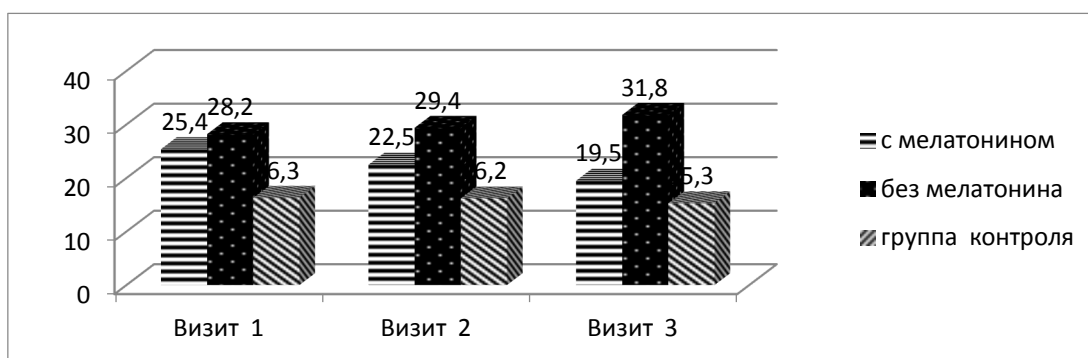


Рис. 9. Динамика показателей тревожного расстройства у пациентов с ишемическим инсультом

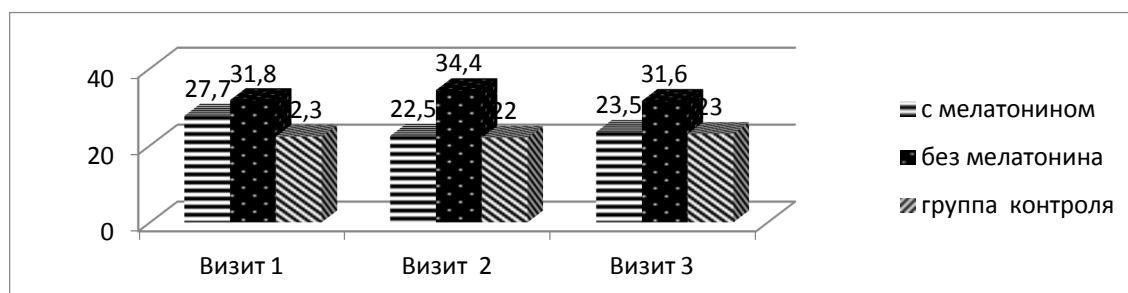


Рис. 10. Динамика показателей тревожного расстройства у пациентов с геморрагическим инсультом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение сна у пациентов, перенесших инсульт, являются широко распространенным, но клинически недооцененным синдромом. При этом после геморрагического инсульта инсомнии встречаются в 2,5 раза чаще, чем после ишемического инсульта.

Результаты проведенного исследования демонстрируют тот факт, что инсомнии являются значимым фактором, затрудняющим восстановление двигательных функций и снижающим

качество жизни. Несмотря на это, диагностика нарушений сна не получила широкого распространения в практической работе врачей сосудистых центров, что является одной из причин неудачи проводимых реабилитационных мероприятий. Применение препарата мелатонина у пациентов с инсомниями в раннем восстановительном периоде инсульта позволяет улучшить процесс восстановления двигательных функций, повышать уровень качества жизни. Регресс двигательного дефицита у пациентов с

инсомниями, получающих мелатонин составил 9,1 %, а качества жизни повысилось на 15,5 %. Несомненное положительное влияние было отмечено и на психоэмоциональный статус этой категории пациентов. Наиболее эффективное уменьшение тревожно-депрессивной симптоматики достигнуто у пациентов с инсомниями, получающих мелатонин: регресс депрессивного расстройства у пациентов после геморрагического инсульта составил 23,3 %, уменьшение тревожной симптоматики после ишемического инсульта – на 22,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гехт А. Б. Качество жизни и лечение больных, перенесших инсульт / А. Б. Гехт. – М.: Издательско-полиграфическая фирма «Эхо», 2002.
2. Курушина, О. В. Жизнь после инсульта: как быть и что делать? / О. В. Курушина, А. Е. Барулин // РМЖ. – 2013. – Т. 21, № 16. – С. 826–830.
3. Курушина, О. В. Коррекция психоэмоциональных и вегетативных нарушений у пациентов, перенесших ишемический инсульт / О. В. Курушина, А. Е. Барулин, О. В. Коновалова // Журнал невроло-

гии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2013. – Т. 113, № 9–2. – С. 50–54.

4. Маркин С. П. Влияние нарушений сна на эффективность восстановительного лечения больных, перенесших инсульт / С. П. Маркин // РМЖ. – 2008. – № 12. – С. 1677–1681.

5. Немоторные нарушения у пациентов, перенесших ишемический инсульт / О. В. Курушина [и др.] // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2015. – № 4 (48). – С. 34–38.

6. Полуэктов, М. Г. Влияние нарушений сна на возникновение и течение мозгового инсульта / М. Г. Полуэктов, С. Л. Центерадзе // Медицинский совет. – 2015. – № 2.

7. Чистякова, В. А. Динамика моторных и эмоциональных нарушений, качества жизни в восстановительном периоде. / В. А. Чистякова, Н. Г. Катаева // Бюллетень сибирской медицины. – № 2. – 2011.

8. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed.: Diagnostic and coding manual. – Westchester, Ill: American Academy of Sleep Medicine, 2014.

9. Circadian rhythm of onset of stroke – in 50 cases of ischemic stroke / M. S. Uddin [et al.] // Mymensingh. Med J. – 2015. – № 24. – P. 121–126.

Л. В. Крамарь, З. М. Бокова, М. М. Мыльникова, Л. А. Торшхоева

Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра детских инфекционных болезней

ВЕТРЯНОЧНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ У ДЕТЕЙ: КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ

УДК 616.988

В статье представлены данные о частоте развития ветряночного энцефалита у детей, особенностях клинического течения заболевания. Показано, что ветряночный энцефалит осложняет течение ветряной оспы у 3,6 % госпитализированных детей, наиболее часто поражая мальчиков в возрасте от 3 до 8 лет. Клинически энцефалит протекает как церебеллит, имеет инфекционно-аллергический патогенез и доброкачественное течение.

Ключевые слова: дети, ветряная оспа, ветряночный энцефалит.

L. V. Kramar, Z. M. Bokova, M. M. Mylnikova, L. A. Torshkoeva

VARICELLA ENCEPHALITIS IN CHILDREN: CLINICAL AND LABORATORY FEATURES

The article presents data on the frequency of varicella encephalitis in children, the clinical features of disease. It has been shown that varicella encephalitis complicates the course of varicella in 3,6 % of hospitalized children, most often affecting boys aged 3 to 8 years. In the clinic encephalitis occurs as cerebellite, has an infectious-allergic pathogenesis and favorable course of disease.

Key words: children, varicella, varicella encephalitis.

Ветряная оспа (VHZ-инфекция) – герпесвирусная инфекция, обусловленная вирусом герпеса человека 3-го типа (ВГЧ-3, VHZ). Она относится к убиквитарным высококонтагиозным

антропонозным заболеваниям с доброкачественным течением [1]. Ветряной оспой наиболее часто болеют дети, но она нередко встречается и у взрослых. [6]. Самые высокие пока-