

КАЧЕСТВО СНА У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

А. В. ЛОГВИНЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Исследованы особенности нарушений сна у пациентов, страдающих миофасциальным болевым синдромом шейно-плечевой локализации и синдромом позвоночной артерии. Выявлена положительная корреляция между выраженностью мышечно-тонических нарушений, болевого синдрома и тяжестью инсомнии.

Ключевые слова: инсомнические нарушения, миофасциальный болевой синдром, синдром позвоночной артерии.

Диссомнические расстройства представляют собой актуальную медико-социальную проблему. По данным различных эпидемиологических исследований распространенность нарушений сна в общей популяции составляет 20–48% [1], при этом в когорте пациентов, страдающих цереброваскулярными заболеваниями, она достигает 97% [2].

Наиболее частыми причинами диссомнических нарушений являются стрессы, поведенческие (нарушение гигиены сна), тревожные и депрессивные расстройства, нарушение хронобиологических ритмов, прием некоторых лекарственных препаратов, хронические болевые синдромы, дисрегуляция вегетативной нервной системы, возникающая при ряде соматических заболеваний (артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.) [3].

Сон является важным компонентом, обеспечивающим физический и психический гомеостаз человека, его нарушения влекут за собой эмоциональные расстройства, снижение трудоспособности, памяти, концентрации и устойчивости внимания, увеличение времени реакции, повышают подверженность стрессогенным ситуациям, бытовым, производственным травмам и дорожно-транспортным происшествиям, существенно ухудшают качество жизни [4]. Инсомния повышает риск развития психических заболеваний, алкогольной и лекарственной зависимости, отягощает течение соматических заболеваний (гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и др.), способствует возникновению и усилению мышечного напряжения, хронизации болевых синдромов [3, 5].

Нарушения сна — одна из наиболее часто встречающихся жалоб у пациентов, страдающих миофасциальным болевым синдромом (МФБС) и синдромом позвоночной артерии (СПА).

При МФБС нарушения сна наиболее часто обусловлены отраженной болью, вызванной сдавлением триггерных точек (ТТ) во время сна или укорочением пораженной мышцы. При этом у пациентов формируется порочный круг: боли от ТТ прерывают сон, а его нарушение ведет к усилению мышечных болей [6]. В генезе нарушений сна,

сопровождающих течение СПА, по мнению большинства авторов [7], ведущая роль принадлежит дисгемическим расстройствам в области ствола головного мозга, с расположенными в нем восходящими активирующими структурами ретикулярной формации, регулирующими сон и бодрствование.

Цель нашей работы — изучение качества сна и характерных особенностей его нарушения у пациентов с МФБС шейно-плечевой локализации и сочетающимся с ним СПА.

В исследовании приняли участие 75 пациентов (40 женщин и 35 мужчин), средний возраст которых составил $35 \pm 2,8$ года. Длительность заболевания у всех больных превышала 6 мес. Контингент обследованных был разделен на две группы. В 1-ю группу вошли 36 лиц (17 мужчин и 19 женщин) с МФБС шейно-плечевой локализации, во 2-ю были включены 39 пациентов (18 мужчин и 21 женщина) с СПА, сочетающимся с МФБС шейно-плечевого региона. Контрольную группу составили 27 практически здоровых лиц соответствующего возраста.

Перед началом исследования всем больным был проведен комплекс диагностических мероприятий, включающий клинико-неврологическое обследование, визуальную диагностику для оценки нарушений статики и динамики опорно-двигательного аппарата, мануальную диагностику по классической методике К. Lewit [8], функциональную рентгенографию шейного отдела позвоночника в прямой и боковой проекциях, функциональное ультразвуковое доплеровское исследование сосудов шеи и головного мозга. Для оценки нарушений сна использовали опросник «Индекс тяжести инсомнии» (Insomnia Severity Index — ISI, C. Morin et al., 2001), для выявления дневной сонливости — шкалу сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale — ESS) [9]. Качественные и количественные характеристики болевого синдрома оценивались с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ), выраженность мышечно-тонических нарушений — на основании расчета индекса мышечного синдрома (ИМС) [10].

Для определения вертебрально-базилярной недостаточности использовали шкалу В. Hoffenberth et al. (1990) [11].

В исследование не включались пациенты с аномалиями развития позвоночных артерий и краниовертебральной зоны, церебральным атеросклерозом, ишемической болезнью сердца, перенесенными мозговыми инсультами или инфарктом миокарда в анамнезе, тяжелыми нарушениями сердечного ритма, гипертонической болезнью, системными заболеваниями соединительной ткани, коагулопатиями, сахарным диабетом. За две недели до начала исследования пациенты не получали медикаментозную терапию, оказывающую влияние на качество сна.

Больные клинических групп предъявляли жалобы на ощущение скованности, дискомфорта, боли в мышцах шеи и плечевого пояса, которые усиливались после длительных статических нагрузок и ночного сна, трудности при засыпании, прерывистый сон, слишком раннее пробуждение и дневную сонливость. Помимо перечисленных жалоб, пациентов 2-й группы беспокоили также головные боли с локализацией в шейно-затылочной области, неустойчивость при ходьбе, головокружение несистемного характера, нечеткость зрения.

Визуальная диагностика выявила у обследованных обеих групп следующие биомеханические нарушения: асимметрию плечевого пояса (75/100%), сколиотические деформации шейного (51/68%), грудного (54/75%) и грудно-поясничного (47/62%) отделов позвоночника, гиперлордоз шейного отдела позвоночника (21/28%), асимметрию длины нижних конечностей (47/62%) с деформацией контуров тела во фронтальной плоскости и формированием космещенного или кососкрученного таза, что приводило к смещению центра тяжести от вертикальной оси и к компенсаторной перестройке всего осевого скелета с перегрузкой мышц шейного отдела позвоночника.

При мануальном обследовании у больных были обнаружены активные и латентные ТТ, локализующиеся в верхней и нижней косых мышцах головы, прямых мышцах головы, в грудино-ключично-сосцевидной, трапециевидной, передней лестничной мышцах, в мышце, поднимающей лопатку.

На момент обследования у всех пациентов отмечался актуальный болевой синдром, локализующийся в шейно-плечевом регионе, средняя оценка которого по ВАШ составила в 1-й группе — 43 ± 9 , во 2-й — 44 ± 11 баллов ($p < 0,05$). Выраженность мышечно-тонических нарушений у пациентов 1-й группы — $12 \pm 2,3$ балла, 2-й — $11,6 \pm 3,2$ балла ($p < 0,05$), что соответствует средней степени мышечного синдрома.

Средний балл по шкале оценки вертебрально-базилярной недостаточности Hoffenberth во 2-й группе составил $7 \pm 2,8$ ($p < 0,05$).

Показатели ISI свидетельствуют о более выраженных нарушениях сна у больных 2-й группы по сравнению с пациентами 1-й группы (различия

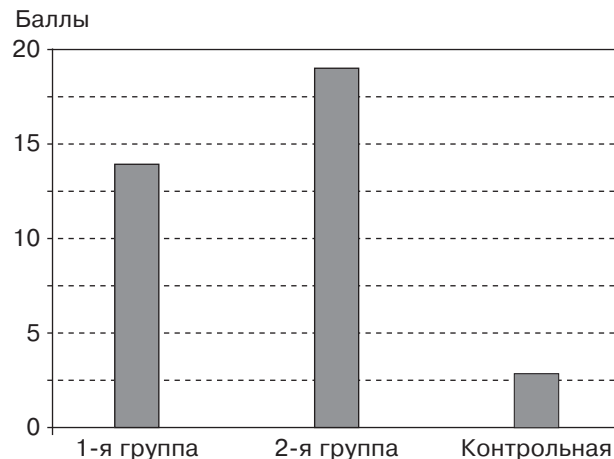


Рис. 1. Диаграмма показателей ISI в обследованных группах

между 1-й и 2-й группами — $p < 0,05$, по сравнению с контролем — $p < 0,01$). ISI в 1-й группе (МФБС) составил $14 \pm 2,8$ балла, что соответствует легким и умеренным нарушениям сна, во 2-й группе (МФБС+СПА) — $19 \pm 3,1$ балла, что определяет умеренные и выраженные нарушения сна (рис. 1). В контрольной группе показатель ISI $3 \pm 1,4$ балла соответствует нормативным показателям.

У пациентов 2-й группы была выявлена положительная корреляция между выраженностью вертебрально-базилярной недостаточности по шкале В. Hoffenberth et al. и степенью тяжести инсомнических расстройств ($r = +0,47$, $p < 0,05$). В обеих клинических группах также отмечалась положительная корреляция между выраженностью ИМС и тяжестью инсомнических нарушений ($r = +0,33$, $p < 0,05$ в 1-й группе; $r = +0,37$, $p < 0,05$ во 2-й группе), а также между выраженностью болевого синдрома и тяжестью инсомнических нарушений ($r = +0,47$, $p < 0,05$ в 1-й группе; $r = +0,49$, $p < 0,05$ во 2-й группе).

При анализе ответов пациентов на вопросы ISI в 1-й группе тяжелые проблемы с засыпанием отмечались у 4 (5%) обследованных, умеренные — у 22 (29%) и легкие — у 10 (13%). На тяжелую форму прерывистого сна жаловались 3 (4%) пациента, умеренную — 19 (25%), легкую — 14 (18%). На слишком раннее пробуждение в легкой форме указывали 29 (38%) респондентов, в умеренной — 5 (6%) и в тяжелой — 2 (2%). Не удовлетворены процессом своего сна были 32 (42%) опрошенных, относительно удовлетворены — 4 (5%) пациента.

Во 2-й группе анализ ответов на опросник ISI продемонстрировал тяжелые проблемы с засыпанием у 9 (12%), умеренные — у 23 (30%) и легкие — у 7 (9%) опрошенных. Тяжелая форма прерывистого сна наблюдалась у 8 (10%), умеренная — у 22 (29%) и легкая — у 9 (12%) респондентов. На раннее пробуждение в легкой форме указывали 8 (10%) лиц, в умеренной — 22 (29%) и тяжелой — 9 (12%). Не удовлетворены своим сном оказались 39 (52%) пациентов.

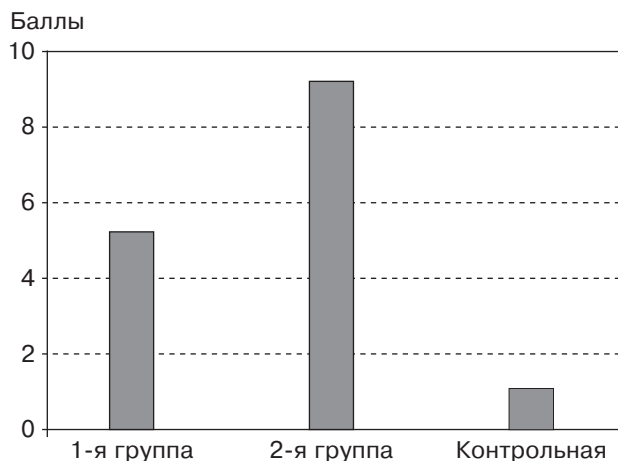


Рис. 2. Диаграмма показателей ESS в обследованных группах

Оценка дневной сонливости по шкале ESS в 1-й группе (МФБС) составила $5,32 \pm 1,4$ балла, во 2-й группе (МФБС + СПА) — $9,25 \pm 1,9$ балла, в группе контроля — $1,1 \pm 0,8$ балла (различия между 1-й и 2-й группами — $p < 0,05$; по сравнению с группой контроля — $p < 0,01$) (рис. 2).

Таким образом, выраженность дневной сонливости у пациентов, страдающих сочетанной патологией (вертеброгенным СПА и МФБС шейно-плечевой локализации) достоверно выше, чем в группе пациентов с МФБС.

Гендерных различий в тяжести инсомнических и гиперсомнических нарушений при МФБС и его сочетании с СПА данное исследование не выявило.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали наличие у пациентов, страдающих МФБС шейно-плечевой локализации и сочетающимся с ним СПА, диссомнических расстройств, которые проявляются трудностями засыпания, прерывистым сном, ранним окончательным пробуждением, а также — гиперсомнических нарушений в виде дневной сонливости. В клинических группах установлена положительная корреляция

между выраженностью мышечно-тонических нарушений, болевого синдрома и тяжестью инсомнии.

Возникновение диссомнических расстройств и дневной сонливости при МФБС шейно-плечевой локализации, по-видимому, связаны не только с появлением отраженной боли в результате сдавления ТТ и укорочения мышц из-за длительного нахождения в положении лежа во время ночного сна, но и вовлечением в патологический процесс надсегментарных вегетативных структур, участвующих в регуляции систем, которые обеспечивают сон — бодрствование, вследствие ирритации симпатических образований шеи спазмированными мышцами.

Диссомнические нарушения у коморбидных пациентов (СПА + МФБС) характеризовались более тяжелой (по сравнению с больными 1-й группы) формой наступления ночного сна, частых ночных пробуждений и раннего окончательного пробуждения, а также более выраженной дневной сонливостью. При этом тяжесть инсомнических нарушений прямо коррелировала с балльной оценкой по шкале В. Hoffenberth et al. Обнаруженные изменения можно объяснить зоной кровоснабжения позвоночной артерии, васкуляризирующей структуры восходящей активирующей ретикулярной формации, участвующей в регуляции сна и бодрствования; гипоталамус, который не только является надсегментарным центром вегетативной нервной системы, регулирующим вегетативное обеспечение сна, но и содержит супрахиазматические ядра — генераторы циркадианных ритмов, а также эпифиз, секретирующий основной регулятор биологических ритмов — мелатонин [12]. Сочетание МФБС шейно-плечевой локализации и СПА значительно усиливает выраженность диссомнических расстройств и дневной сонливости, что необходимо учитывать при работе с данной категорией пациентов. Проблема нарушений сна при СПА требует дальнейшего изучения с целью разработки оптимальной стратегии их лечения.

Список литературы

1. *Фадеев Г. Д.* Особенности нарушений сна и депрессивные расстройства у пациентов с изолированной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и в сочетании с ишемической болезнью сердца / Г. Д. Фадеев, Е. В. Измайлова, Е. О. Крахмалова // *Scientific J. «ScienceRise»*.— 2015.— № 10.— С. 145–153.
2. *Шавловская О. А.* Терапия нарушений сна у больных с цереброваскулярными заболеваниями / О. А. Шавловская // *Лечащий врач*.— 2012.— № 5.— С. 8–11.
3. *Полужков М. Г.* Современные методы лечения инсомнии / М. Г. Полужков, П. В. Пчелина // *Полликлиника*.— 2015.— № 3.— С. 30–33.
4. Влияние нарушений продолжительности и качества сна на состоянии психологического здоровья и успеваемости студентов / К. А. Газенкамф, Н. А. Шнайдер, Д. В. Дмитренко [и др.] // *Международ. журн. прикладных и фундаментальных исследований*.— 2015.— № 12.— С. 257–260.
5. *Ляшенко Е. А.* Расстройства сна у пожилых пациентов / Е. А. Ляшенко, О. С. Левин, М. Г. Полуэктов // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*.— 2015.— № 2.— С. 4–9.
6. *Тревелл Д. Г.* Миофасциальные боли / Д. Г. Тревелл, Д. Г. Симонс.— М.: Медицина, 1989.— 256 с.
7. *Жулев Н. М.* Синдром позвоночной артерии. Руководство для врачей / Н. М. Жулев, Д. В. Кандыба, С. Н. Жулев.— СПб.: Сударья, 2001.— 225 с.
8. *Левит К.* Мануальная медицина: пер. с нем. / К. Левит, Й. Захсе, В. Янда.— М.: Медицина, 1993.— 512 с.
9. *Kryger M. H.* Principles and practice of sleep medicine / M. H. Kryger, T. Roth, W. C. Dement.— St. Louis: Saunders, 2011.— 1698 с.

10. *Хабиров Ф. А.* Клиническая неврология позвоночника / Ф. А. Хабиров.— Казань: Б.и., 2002.— 472 с.
11. *Hoffenberth B.* Vascular brainstem disease / B. Hoffenberth, G. Brune, G. Sinzev.— Basel, 1990.
12. *Костенко Е. В.* Десинхроноз как один из важнейших факторов возникновения и развития цереброваскулярных заболеваний / Е. В. Костенко, Т. М. Маневич, Н. А. Разумов // *Лечебное дело.*— 2013.— № 2.— С. 104–116.

ЯКІСТЬ СНУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СИНДРОМОМ ХРЕБТОВОЇ АРТЕРІЇ

Г. В. ЛОГВИНЕНКО

Досліджено особливості порушень сну у пацієнтів, які страждають на міофасціальний больовий синдром шийно-плечової локалізації та синдром хребтової артерії. Виявлено позитивну кореляцію між вираженістю м'язово-тонічних порушень, больового синдрому і тяжкістю інсомнії.

Ключові слова: інсомнічні порушення, міофасціальний больовий синдром, синдром хребтової артерії.

THE QUALITY OF SLEEP IN PATIENTS WITH VERTEBRAL ARTERY SYNDROME

H. V. LOGVINENKO

Sleep disorders were investigated in patients with myofascial pain syndrome of neck and shoulder location and vertebral artery syndrome. Positive correlation between severity of the musculo-tonic disorders, severity of the pain and severity of insomnia was found.

Key words: insomnia, myofascial pain syndrome, vertebral artery syndrome.

Поступила 01.12.2016