

УДК 616.895.4-053.2



Н.В. Шуніна, Н.Г. Міхедько

Роль порушень сну та вегетативної дисфункції в осіб, які перенесли черепно-мозкову травму

ДЛПЗ «Центральна клінічна лікарня Укрзалізниці», Харків

Ключові слова: порушення сну, вегетативна дисфункція, черепно-мозкова травма.

Останнім часом дедалі більше уваги приділяють проблемам травми головного мозку, а також її наслідкам. Актуальність цієї проблеми насамперед зумовлена щорічним зростанням кількості черепно-мозкових травм [1, 3], що можна пояснити зміною умов життєдіяльності людей, урбанізацією, збільшенням кількості транспортних пригод [2]. Відомо, що повне видужання або стійка компенсація в осіб, які перенесли черепно-мозкову травму спостерігається тільки в 30%. Нейротравматизм, як причина інвалідності посідає друге місце після цереброваскулярних захворювань. У загальній структурі травматизму частка пошкоджень ЦНС становить до 30–40% [1]. Черепно-мозкові травми займають одне з перших місць серед захворювань за економічними витратами. Актуальність проблеми також зумовлена поширеністю віддалених наслідків черепно-мозкової травми, зокрема вегетативної дисфункції та порушень сну, які погіршують якість життя людей [2].

Сон є важливим чинником здоров'я людини. Він впливає на здоров'я людини так само, як період денного неспання, а «кількість сну» є однією з головних складових поняття «якість життя» [8,9]. Загальноприйнятою точкою зору є визначення сну як складного структурованого психофізіологічного стану, в якому не тільки зберігається, а й інтенсифікується психічна і психофізіологічна активність [8]. Незважаючи на важливість проблеми, уявлення про фізіологію сну, а також про його порушення і способи їх лікування залишаються неповними.

Під терміном «розлади сну» («інсомнія») прийнято розуміти порушення тривалості та якості сну, що може призвести в денний час до труднощів щодо концентрації уваги, порушень пам'яті і виникнення стану тривожності, тобто до погіршення денного психофізіологічного функціонування. Це має особливе, а іноді й вирішальне значення для осіб, які працюють на посадах, що потребує особливої уваги, а саме для працівників залізниці.

Порушення сну – одна з найчастіших скарг, з яким хворі звертаються до неврологів і терапевтів [6, 7]. За даними літератури, порушення сну спостерігають у 30–45% дорослого населення, для половини з них інсомнія є значущою клінічною проблемою [4, 5].

За перебігом виділяють гострі (до 1–3 тиж), підгострі і хронічні інсомнії, за ступенем тяжкості – слабо, помірно і значно виражені. Якщо інсомнія є наслідком перенесеної черепно-мозкової травми, то її перебіг і форми найчастіше не залежать від ступеня тяжкості черепно-мозкової травми.

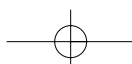
Діагностика інсомнії ґрунтується на: 1) оцінці індивідуального хронобіологічного стереотипу людини («сова» або «жайворонок»), який, можливо, є генетично зумовленим; 2) урахуванні специфіки професійної діяльності (нічна і змінна робота); 3) клінічній картині; 4) результатах психологічного дослідження; 5) результатах полісомнографічного дослідження; 6) врахуванні супутніх хвороб (соматичних, неврологічних тощо).

Мета дослідження – виявити роль порушень сну у формуванні клінічних проявів наслідків черепно-мозкової травми, їхній зв'язок з вегетативною дисфункцією.

Матеріали та методи

У дослідження включено 40 пацієнтів (18 чоловіків, 22 жінки) віком від 18 до 55 років (середній вік – $32,6 \pm 0,6$ року), які перенесли черепно-мозкову травму. В усіх хворих виявлено порушення сну і вегетативну дисфункцію, як у підгострому періоді, так і через багато років після отриманої черепно-мозкової травми. Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні в «Центральній клінічній лікарні Укрзалізниці» і були залізничниками. Пацієнтів було умовно розподілено на такі групи за тривалістю періоду після отримання черепно-мозкової травми:

- 1) 1–4 міс – 10 пацієнтів, з них 3 жінки;
- 2) від 4 міс до 1 року – 17, з них 9 жінок;





3) понад 1 рік — 13, з них 6 жінок.

За віком:

1) від 18 до 35 років — 23 пацієнта;

2) від 35 до 55 років — 17.

Встановлено індивідуальні хронобіологічні стереотипи хворих («сова» або «жайворонок»).

Пацієнти оглянуті на предмет неврологічного статусу. Проаналізовано скарги, а також проведено опитування пацієнтів згідно з критеріями інсомнії.

Наявність і ступінь вираженості синдрому вегетативної дистонії визначали за допомогою анкети А.М. Вейна (2000) з виявленням об'єктивних і суб'єктивних вегетативних симптомів. Для кількісної оцінки наявної вегетативної дисфункції ми використали схему, створену на підставі експертної оцінки вегетативних порушень (в балах). Схема дослідження включала оцінку скарг пацієнта і об'єктивних вегетативних симптомів, виявлених лікарем, виражену в балах. При сумі балів за об'єктивними вегетативними симптомами 15 і вище, а за суб'єктивними — 25 і вище діагностували синдром вегетативної дисфункції.

Психологічне дослідження включало оцінку за шкалою САН (самопочуття, активність, настрій) [6] і опитувальником Епфорта (за рівнем невротизації). Для об'єктивізації вираженості інсомнії ми застосували бальну шкалу суб'єктивної оцінки симптому: 0 балів — немає інсомнії, 1 бал — легка інсомнія, 2 бали — порушення сну середньої вираженості, 3 бали — виражена інсомнія.

Результати та обговорення

У неврологічному статусі у 5 % пацієнтів виявили односторонню пірамідну недостатність, у 25 % — розсіяну неврологічну симптоматику. До травми серед пацієнтів було 19 «жайворонків» (з них 11 жінок) і 21 «сова» (з них 15 жінок), після отриманої черепно-мозкової травми «жайворонків» було 27, «сов» — 13, з переважанням жінок в обох групах.

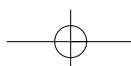
Практично всі пацієнти пред'являли скарги на головний біль різної локалізації, найчастіше розпираючого характеру, тяжкість у голові, загальну слабкість, порушення сну, відчуття тиску на очі, періодичне запаморочення, шум у голові, рідше дзвін у вухах, що свідчило про наявність ураження центральної нервової системи.

Для отримання якнайповнішого уявлення про порушення сну ми вивчали такі характеристики [4, 5]: 1) тривалість сну. В середньому для дорослої людини нормальна тривалість нічного сну становить 7–8 год, хоча відхилення від норми є досить великими. Так, пацієнти з першої групи скаржилися на дуже короткий сон, не

менше 20% вказували на суб'єктивну тривалість сну менше 5 год, в другій і третій групі таких пацієнтів було приблизно по 35%; 2) період засипання. Здорова людина засипає протягом 3–10 хв. Досліджувані нами пацієнти повідомляли про триваліший період засипання. Так, у 35 % період засипання становив близько 40 хв, у 20 % — від 1,5 до 2 год. Бажаючи заснути і відчуваючи сонливість, що нерідко виникає у вечірню пору, 55% пацієнтів не могли це зробити. У 25% випадків хворі скаржилися, що у них не виникало навіть бажання заснути. У таких пацієнтів ми вважали доцільним з'ясувати характер самопочуття в цей період. З'ясувалося, що близько 60% пацієнтів отримували перед цим неприємну інформацію з різних джерел або згадували про отриману травму і не могли відразу позбутися від обтяжливих думок, неспокою, розслабитися, знайти зручне для сну положення тіла, причому це спостерігалось незалежно від давності отриманої травми головного мозку. Решта хворих не могли пояснити, чим зумовлений подовжений період засипання.

У 40% пацієнтів спостерігали інтрасомнічні розлади, які включали часті нічні пробудження, після яких пацієнт довго не міг заснути, відчуття «поверхневого» і «неглибокого» сну. При опитуванні такі пацієнти вважали, що вони не спали, а лише дримали. Пробудження було спричинене як зовнішніми (насамперед шумом), так і внутрішніми (страхітливі сновидіння, болі і вегетативні порушення у вигляді прискореного серцебиття, позивів до сечовипускання) чинниками. Дуже часто такі пробудження повторювалися багато раз за ніч. Іноді пацієнти звертали увагу на те, що пробудження відбувалося в одну і ту саму годину ночі. В більшості випадків повторне засипання після такого пробудження було утруднене або неможливе. Всі пацієнти відзначали постсомнічні розлади певного ступеня вираженості у вигляді незадоволеності сном. Найчастіше це були ранні пробудження, знижена працездатність, відчуття «розбитості», розсіяності уваги протягом доби, а також денна сонливість.

У всіх випадках самотійне значення мав характер ранішнього пробудження. Патологічно раннім вважають пробудження за 2–4 год до настання ранку (у першій віковій групі у 5% випадків, у другій — у 25%). При опитуванні таке раннє пробудження у пацієнтів супроводжувалося такими самими проявами, як при нічних пробудженнях. Іноді після раннього пробудження наставав сон, що тривав декілька годин, найчастіше у пацієнтів до 40 років. За свідченням пацієнтів, пробудження після додаткового сну супроводжувалося станом дискомфорту.





На гостру інсомнію страждали 7 осіб, на підгостру — 15, у останніх виявлено хронічну інсомнію.

У всіх обстежених пацієнтів був синдром вегетативної дистонії різного ступеня вираженості. Найчастішими скаргами були головні болі, переважно в лобово-скроневій або скронево-потилічній ділянках, пульсуючого, стискуючого характеру, а в ранковий час після нічного сну — розпираючі головні болі, загальна слабкість, відчуття розбитості, дратівливість, швидка стомлюваність, підвищена пітливість, відчуття оніміння пальців рук і ніг, тяжкості в ділянці серця і браку повітря, що не супроводжувалося змінами на ЕКГ. Больові відчуття тривали від 10 хв до 2–3 год. Вираженість вегетативної дисфункції за суб'єктивними критеріями становила в середньому $(30,1 \pm 4,5)$ бала ($p \leq 0,01$) (верхня межа норми — 15 балів), за об'єктивними — $(31,2 \pm 6,5)$ бала (верхня межа норми — 25 балів).

Вищий середній бал за шкалою суб'єктивних симптомів порівняно з об'єктивними свідчить про велику роль емоційно-особових особливостей у клінічній картині вегетативної дисфункції, і зокрема в патогенезі порушень сну.

Незалежно від давності отриманої травми головного мозку, а також ступеня її тяжкості, інсомнію різної вираженості виявлено у всіх пацієнтів, більший відсоток порушень сну властивий другій віковій групі з переважанням осіб жі-

ночої статі. В усіх пацієнтів інсомнія супроводжувалася вегетативними порушеннями, що можна пояснити тісним зв'язком між вегетативною нервовою системою і механізмами сну. Вегетативна дисфункція є патологічним синдромом, при якому інсомнія, з одного боку, є однією з основних скарг, а з другого — через лімбіко-ретикулярний комплекс патогенетично тісно пов'язана як з вегетативними дисфункціями, так і з емоційними порушеннями [4].

На думку А.М. Вейна (2003), черепно-мозкова травма разом із специфічними характерними симптомами супроводжується і вегетативною дисфункцією, і порушенням сну, що значно знижує якість життя та працездатність пацієнтів, це підтверджується і результатами наших досліджень.

Висновки

1. Порушення сну є одним із значущих клінічних проявів у хворих з наслідками черепно-мозкової травми.

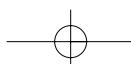
2. Вираженість порушень сну у хворих не залежить від давності і ступеня тяжкості отриманої черепно-мозкової травми.

3. Порушення сну у хворих з наслідками черепно-мозкової травми супроводжуються вегетативною дисфункцією.

4. Порушення сну і вегетативна дисфункція потребують розробки алгоритму лікування.

Література

1. Адаменко Р.Я., Головченко Ю.І. Сон та здоров'я людини // Сімейна мед. — 2004. — № 1. — С. 5–11.
2. Бабина Л.М., Артуманова В.В., Йорданова И.И. Последствия закрытой черепно-мозговой травмы // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. — Т. 101, № 4. — С. 29–31.
3. Вейн А.М. Расстройства сна, основные патогенетические механизмы, методы коррекции // Расстройства сна. — СПб, 1995. — С. 6–12.
4. Волошин П.В., Шогам И.И., Тайцлин В.И. и др. Диагностика, лечение и профилактика отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы: реабилитация больных (Метод. рекомендации). — Харьков, 1990. — 22 с.
5. Левин Я.И., Вейн А.М. Проблемы инсомнии в общемедицинской практике // Рос. мед. журн. — 1996. — № 3. — С. 16–19.
6. Морозова О.Г., Ярошевский А.А., Здыбский В.И. Возможности фитотерапевтической коррекции нарушений сна у пациентов с вегетативной дисфункцией // Укр. неврол. журн. — 2009. — № 1. — С. 64–68.
7. Соколова Л.И., Хонда А.Н. Неврологические аспекты закрытой черепно-мозговой травмы // Укр. неврол. журн. — 2006. — № 1. — С. 76–85.
8. Attarian H. Helping patients who say they cannot sleep // Postgrad. Med. — 2000. — 7. — P. 127–142.
9. Holbrook A., Crowther R., Lotter A., et al. The diagnosis and management of insomnia in clinical practice: a practice evidence-based approach // Can. Med. Assoc. J. — 2000. — Vol. 162. — P. 210–216.





Н.В. Шунина, Н.Г. Михедько

**Роль нарушений сна и вегетативной дисфункции у лиц,
перенесших черепно-мозговую травму**

Результаты исследования свидетельствуют о том, что нарушения сна и вегетативная дисфункция являются одними из значимых клинических последствий у лиц, перенесших черепно-мозговую травму. Выраженность нарушений сна не зависит от давности и степени тяжести полученной черепно-мозговой травмы.

N.V. Shunina, N.G. Mikhed'ko

**The role of sleep disorders and vegetative dysfunction
in patients with previous craniocerebral trauma**

The results of the study show that sleep disorders and vegetative dysfunction is one of the significant clinical symptoms in patients with previous craniocerebral trauma. The intensity of sleep disorders does not depend on the remoteness and degree of the brain injury severity.

