

ОСОБЕННОСТИ СОМНОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ
ИШЕМИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

Е.И. МЯСОЕДОВА*, И.В. СЕВОСТЬЯНОВА**, О.С. ПОЛУНИНА**, Л.П. ВОРОНИНА**

*ГБУЗ АО «Приволжская РБ», ул. Александрова, д. 9 «А», г. Астрахань, Россия, 414018

**ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России, ул. Бакинская, д.121, г. Астрахань, Россия, 414000

Аннотация. В проспективное исследование было включено 60 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $56,8 \pm 1,11$ года) с ишемической кардиомиопатией, средняя длительность заболевания – $5,6 \pm 0,9$ года. У всех больных в анамнезе были указания на 1-3 документированных инфаркта миокарда. С использованием «Анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна» (модификация анкеты Шпигеля) было выявлено, что у пациентов с ишемической кардиомиопатией отмечается выраженное снижение эффективности и качества ночного сна по мере прогрессирования заболевания. Сомнологический портрет больного ишемической кардиомиопатией характеризуется пресомническими нарушениями (трудностями засыпания) при маловыраженных проявлениях хронической сердечной недостаточности и интрасомническими нарушениями (поверхностный сон и частые пробуждения) на более поздних стадиях хронической сердечной недостаточности, плохим самочувствием после пробуждения (постсомнические расстройства). Среди причин нарушений сна при ишемической кардиомиопатии необходимо выделить патологический симптом окомплекс: ортопноэ (выявлено у 76% пациентов); одышка, которая усиливается лежа (91%); ночное апноэ (56%); боли или неприятные ощущения в области сердца (48%); нарушения ритма сердца (42%), тревога, тягостные ощущения и страх смерти (67%) и др. Указанные симптомы проявления заболевания вызывают порочный круг, ухудшающий соматическое состояние больного и повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений.

Ключевые слова: ишемическая кардиомиопатия, хроническая сердечная недостаточность, нарушения сна.

FEATURES OF SOMNOLOGICAL STATUS OF PATIENTS WITH
ISCHEMIC CARDIOMYOPATHY

E.I. MYASOEDOVA*, I.V. SEVOSTYANOVA**, O.S. POLUNINA**, L.P. VORONINA**

*Volga district hospital, st. Alexandrov, d. 9 "A", Astrakhan, Russia, 414018

**Astrakhan State Medical University, st. Baku, d.121, Astrakhan, Russia, 414000

Abstract. This study included 60 patients aged 45 to 65 years (average age $56,8 \pm 1,11$ years) with ischemic cardiomyopathy, the average duration of disease was 5.6 ± 0.9 years. All patients had a history of instructions 1-3 documented myocardial infarction. With the help of questionnaire of scores of subjective characteristics of sleep (modification of Shpigel questionnaire) the authors found what a marked reduction in the efficiency and quality of night sleep as the progression of the disease is observed in patients with ischemic cardiomyopathy. Somnological portrait of a patient ischemic cardiomyopathy is characterized by pre-somnic disorders (difficulty falling asleep) when just noticeable manifestations of chronic heart failure and intra-somnic disorders (superficial sleep and frequent awakening) in the later stages of CHF, dizziness after waking up (postsomnic disorder). Among the causes of sleep disorders in patients with ischemic cardiomyopathy is necessary to highlight the pathological symptom complex: orthopnea (detected in 76% of patients); shortness of breath, aggravated by lying (91%); nocturnal apnoea (56%); pain or discomfort in the heart region (48%); arrhythmias (42%), anxiety, painful sensations and fear of death (67%). These symptoms as the manifestations of the disease cause a vicious cycle, worsening the medical condition of the patient and increase the risk of cardiovascular complications.

Key words: ischemic cardiomyopathy, chronic heart failure, sleep disorders.

Сон (*somnus*) – функциональное состояние мозга и всего организма человека и животных, имеющее отличные от бодрствования специфические качественные особенности деятельности центральной нервной системы и соматической сферы, характеризующееся торможением активного взаимодействия организма с окружающей средой и неполным прекращением сознаваемой психической деятельности [3].

Расстройство сна, или инсомния, – это субъективное ощущение недостаточности сна, включающее в себя такие симптомы, как трудность засыпания и поддержания сна, раннее пробуждение, не восстановительный сон или плохое его качество [1, 2, 7]. Хроническая инсомния включает пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства. Пресомнические нарушения – это трудности начала

Библиографическая ссылка:

Мясоедова Е.И., Севостьянова И.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Особенности сомнологического статуса больных ишемической кардиомиопатией // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-12. URL: <http://www.medsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5175.pdf> (дата обращения: 17.09.2015). DOI: 10.12737/13203

сна, и наиболее частой жалобой пациентов является трудность засыпания; при длительном течении могут формироваться «ритуалы отхода ко сну», а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». Интрасомнические расстройства включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения поверхностного, неглубокого сна. Постсомнические расстройства (расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения) являются проблемой раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, ощущения «разбитости», неимперативной дневной сонливости [5, 12].

Факт широкой распространенности нарушений сна (по разным данным, от 30 до 55% населения планеты в отдельные периоды жизни имеют проблемы со сном), а также их полиэтиологичность (различные психологические факторы, более 120 заболеваний указываются как наиболее вероятные причины данной патологии) общепризнаны [6, 14]. Около 14% больных, обратившихся за помощью в соматический стационар, страдают выраженными нарушениями сна, требующими медикаментозной коррекции [7, 11]. Любые расстройства сна негативно отражаются на здоровье человека. Сердечно-сосудистая патология сама по себе создает условия для нарушения циркадных ритмов человека [8, 12, 13]. Особого внимания заслуживает нарушение сна у больных с ишемической кардиомиопатией.

Цель исследования – изучить сомнологический статус пациентов с ишемической кардиомиопатией.

Материалы и методы исследования. В проспективное исследование было включено 60 пациентов в возрасте от 45 до 65 лет с *ишемической кардиомиопатией* (ИКМП), которые проходили лечение в кардиологическом отделении ГБУЗ АО Городской клинической больницы №4 имени В.И. Ленина в 2013-2014 гг. Диагноз ИКМП выставлялся на основании жалоб, анамнеза заболевания, физикального обследования, инструментальных (ЭКГ, ЭХО-КГ, ХМЭКГ, коронарографии и др.) и лабораторных данных согласно Рекомендаций по диагностике и лечению стабильной стенокардии ВНОК, 2008 г., Рекомендаций по диагностике и ведению больных стабильной ИБС *Американского кардиологического колледжа* (ACC) и *Американской ассоциации сердца* (АНА) 2012 г., Рекомендаций по ведению стабильной коронарной болезни сердца Европейского общества кардиологов, 2013 г.; Клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической ишемической болезни сердца МЗРФ 2013 г. и формулировали по Международной Классификации Болезней (X пересмотра). Для оценки тяжести *хронической сердечной недостаточности* (ХСН) использовали классификацию Нью-Йоркской ассоциации кардиологов (*NewYorkHeartAssociation – NYHA*) и классификацию Василенко и Стражеско. Критериями включения в исследование были:

1. наличие симптомов ХСН в покое и/или при физической нагрузке в течение последних 6 месяцев до исследования;

2. наличие ИБС и перенесенный в прошлом (за 6 месяцев и ранее) инфаркт миокарда (по анамнестическим данным и данным инструментальных исследований);

3. наличие систолической дисфункции миокарда левого желудочка (ФВ ЛЖ по Симпсону менее 45%);

4. дилатация левого желудочка (индекс КДО > 110 мл/м², индекс КСО > 80 мл/м²).

С целью выявления основных жалоб обследуемых на качество сна применялась анкета, разработанная и валидизированная сотрудниками Сомнологического центра Минздрава РФ и курса сомнологии при кафедре неврологии ФПД ММА им. Сеченова «Анкеты бальной оценки субъективных характеристик сна» (модификация анкеты Шпигеля). Статистическая обработка данных проводилась при помощи статистической программы *STATISTICA 11.0*, использовали количественные переменные, представленные в виде среднего значения ± стандартной ошибки отклонения от среднего ($M \pm m$). Достоверность различий количественных признаков определяли с помощью критерия Стьюдента (t) для сравнения независимых выборок. Результаты рассматривали как статистически значимые при $p < 0,05$, p – достигнутый уровень значимости.

Средний возраст обследованных больных составил $56,8 \pm 1,11$ года, средняя длительность заболевания – $5,6 \pm 0,9$ года. У всех больных в анамнезе были указания на 1-3 документированных инфаркта миокарда, в зависимости от ФК ХСН по NYHA пациенты распределились следующим образом II ФК – у 32 чел. (53,3%), III ФК – у 23 чел. (38,3%), IV ФК – у 5 чел. (8,4%).

Результаты и их обсуждение. При исследовании сомнологического статуса пациентов с ИКМП было выявлено, что нарушения сна (менее 19 баллов) встречались у 81,6% (49) пациентов, у 15% (9) имелись пограничные изменения (20-21 балл) и лишь у 3,4% (2) больных нарушений в субъективной оценке сна обнаружено не было (более 22 баллов). При изучении качественных характеристик ночного сна было выявлено, что такие показатели как, скорость засыпания, продолжительность сна, глубина сна и его качество оценивались пациентами достаточно низко и составили $2,6 \pm 0,3$ балла, $2,8 \pm 0,2$ балла, $2,8 \pm 0,2$ балла и $2,7 \pm 0,2$ балла соответственно. Оценка количества сновидений и самочувствия после пробуждения была несколько выше, но также не достигала нормальных значений и составила $3,3 \pm 0,2$ балла и $3,4 \pm 0,2$ балла.

Библиографическая ссылка:

Мясоедова Е.И., Севостьянова И.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Особенности сомнологического статуса больных ишемической кардиомиопатией // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-12. URL: <http://www.medsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5175.pdf> (дата обращения: 17.09.2015). DOI: 10.12737/13203

Изучение нарушений сна у пациентов с ИКМП в зависимости от тяжести ХСН показало, что при III ФК и IV ФК в 100 % случаев были выявлены нарушения сна, а при II ФК в 94% случаев (достоверных различий между группами не было). Анализ структуры нарушений сна выявил, что для пациентов с ХСН II ФК были более характерны трудности засыпания, чем при III ФК ($2,4 \pm 0,2$ балла и $2,9 \pm 0,2$ балла соответственно, $p < 0,05$), больные с III ФК достоверно ниже оценивали глубину своего сна и его качество (поверхностный сон и частые пробуждения), чем мужчины с более легкими проявлениями ХСН ($2,7 \pm 0,2$ балла и $3,0 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$), $2,6 \pm 0,2$ балла и $3,0 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$)). По другим показателям достоверных различий выявлено не было.

Среди причин нарушений сна при ИКМП необходимо выделить патологический симптомокомплекс: вынужденное положение в кровати (ортопное), выявлено у 76% пациентов; одышка, которая усиливается лежа, поскольку возрастающий в этом положении приток крови к сердцу от нижних конечностей может затруднять пропульсивную способность сердца (91%); ночное апноэ (56%); боли или неприятные ощущения в области сердца (48%); нарушения ритма сердца на фоне дилатированных полостей сердечной мышцы (42%), тревога, тягостные ощущения и страх смерти (67%) и др. Указанные симптомы проявления заболевания вызывают порочный круг, ухудшающий соматическое состояние больного: пробуждения ускоряют сердечный ритм и повышают кровяное давление, что может усилить сердечную недостаточность; снижение уровня циркулирующего адреналина, происходящее в 3–4 часа ночи вызывает ухудшение проходимости бронхов, которое приводит к приступам удушья; существенно укорачивается время рекальцификации, протромбиновое и тромбиновое время, повышается уровень фибриногена и тромбоцитов, снижение фибринолитической активности и свободного гепарина начинается с 17 часов и достигает пика в 22–23 часа и др. Все выше перечисленное повышает риск развития кардиоваскулярных осложнений у пациентов с ИКМП. В то же время следует помнить, что не только основное заболевание влияет на состояние сна, но и состояние сна оказывает влияние на динамику основного заболевания [4].

Выводы. У пациентов с ИКМП отмечается выраженное снижение эффективности и качества ночного сна по мере прогрессирования заболевания. Сомнологический портрет больного ИКМП характеризуется пресомническими нарушениями (трудностями засыпания) при маловыраженных проявлениях ХСН и интрасомническими нарушениями (поверхностный сон и частые пробуждения) на более поздних стадиях ХСН, плохим самочувствием после пробуждения (постсомнические расстройства) вне зависимости от стадии ХСН. Практика показывает, что проблеме нарушения сна у соматических больных не уделяется должного внимания. Современная фармакология достигла больших успехов в лечении, как нарушений сна, так и заболеваний сердечно-сосудистой системы. Следует отметить, что пациентам с ИКМП наряду с комплексом терапевтических воздействий на основное заболевание, необходимо выявлять и корректировать диссомнические нарушения.

Литература

1. Агальцов М.В. Обзор результатов международных клинических исследований применения препарата пролонгированного мелатонина (Циркадин) при нарушениях сна // Эффективная фармакотерапия. 2013. Т. 12, № 6. С. 38–44.
2. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В., Котова О.В., Рябоконт И.В. Терапия инсомнии // Неврология и ревматология: Приложение к журналу Consilium Medicum. 2013. № 1. С. 29–33.
3. Артюхова М.Г. Нарушения сна у кардиологических больных // Рус.мед. журн. 2010. Т.18, №8. С. 460–463.
4. Волов Н.А., Шайдюк О.Ю., Таратухин Е.О. Синдром ночного апноэ и факторы риска сердечно-сосудистой патологии // Российский кардиологический журнал. 2008. № 3. С. 65–71.
5. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы / Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. [и др.]. М.: Медпрактика-М, 2005. 116 с.
6. Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Расстройства сна и их лечение // Журнал неврологии и психиатрии. 2010. № 9. С.70–75.
7. Полуэктов М.Г., Стрыгин К.Н. Расстройства сна в пожилом возрасте // Медицинский совет. 2014. № 5. С.74–81.
8. Рапопорт С.И. Хрономедицина, циркадианные ритмы. Кому это нужно? // Клиническая медицина. 2012. № 8. С. 73–75.
9. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Формы инсомнии и возможности ее медикаментозного лечения // Эффективная фармакотерапия. 2012. № 3. С. 38–43.
10. Buysse D.J. Insomnia // JAMA. 2013. Vol. 309, №7. P. 706–716.
11. Determinants of adherence to delayed-release doxylamine and pyridoxine in patients with nausea and vomiting of pregnancy/ Costantine M.M., Matok I., Chiossi G. [et al.] // Ther. Drug Monit. 2012. Vol. 34, №5. P. 569–573.

Библиографическая ссылка:

Мясоедова Е.И., Севостьянова И.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Особенности сомнологического статуса больных ишемической кардиомиопатией // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-12. URL: <http://www.medsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5175.pdf> (дата обращения: 17.09.2015). DOI: 10.12737/13203

12. Principles and Practice of Sleep medicine Hoevenaar-Blom M.P. et al. Sleep/ Kryger M.H., Poth T. [et al.] // SLEEP. 2011. Vol. 34, №11. P. 1487–1492.
13. Redline S., Foody J.A. Time to Join the Top 10 Potentially Modifiable Cardiovascular Risk Factors? // Circulation. 2011. Vol. 124. P. 2049–2051.
14. Ringdahl E.N., Pereira S.L., Delzell J.E. Диагностика и лечение первичной инсомнии // Международный неврологический журнал. 2008. № 3. С. 23–29.

References

1. Agal'tsov MV. Obzor rezul'tatov mezhdunarodnykh klinicheskikh issledovaniy primeneniya preparata prolongirovannogo melatonina (Tsirkadin) pri narusheniyakh sna. Effektivnaya farmakoterapiya. 2013;12(6):38-44. Russian.
2. Akarachkova ES, Vershinina SV, Kotova OV, Ryabokon' IV. Terapiya insomnii. Nevrologiya i revmatologiya: Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum. 2013;1:29-33. Russian.
3. Artyukhova MG. Narusheniya sna u kardiologicheskikh bol'nykh. Rus.med. zhurn. 2010;18(8):460-3. Russian.
4. Volov NA, Shaydyuk OYu, Taratukhin EO. Sindrom nochnogo apnoe i faktory riska serdechno-sosudistoy patologii. Rossiyskiy kardiologicheskii zhurnal. 2008;3:65-71. Russian.
5. Levin YaI, Kovrov GV, Poluektov MG, et al. Insomniya, sovremennye diagnosticheskie i lechebnye podkhody. Moscow: Medpraktika-M; 2005. Russian.
6. Poluektov MG, Levin YaI. Rasstroystva sna i ikh lechenie. Zhurnal nevrologii i psikiatrii. 2010;9:70-5. Russian.
7. Poluektov MG, Strygin KN. Rasstroystva sna v pozhilom vozraste. Meditsinskiy sovet. 2014;5:74-81. Russian.
8. Rapoport SI. Khronomeditsina, tsirkadiannye ritmy. Komu eto nuzhno? Klinicheskaya meditsina. 2012;8:73-5. Russian.
9. Strygin KN, Poluektov MG, Levin YaI. Formy insomnii i vozmozhnosti ee medikamentoznogo lecheniya. Effektivnaya farmakoterapiya. 2012;3:38-43. Russian.
10. Buysse DJ. Insomnia. JAMA. 2013;309(7):706-16.
11. Costantine MM, Matok I, Chiossi G, et al. Determinants of adherence to delayed-release doxylamine and pyridoxine in patients with nausea and vomiting of pregnancy. Ther. Drug Monit. 2012;34(5):569-73.
12. Kryger MH, Poth T, et al. Principles and Practice of Sleep medicine Hoevenaar-Blom M.P. et al. Sleep. SLEEP. 2011;34(11):1487-92.
13. Redline S, Foody JA. Time to Join the Top 10 Potentially Modifiable Cardiovascular Risk Factors? Circulation. 2011;124:2049-51.
14. Ringdahl EN, Pereira SL, Delzell JE. Diagnostika i lechenie pervichnoy insomnii. Mezhdunarodnyy nevrologicheskii zhurnal. 2008;3:23-9.

Библиографическая ссылка:

Мясоедова Е.И., Севостьянова И.В., Полунина О.С., Воронина Л.П. Особенности сомнологического статуса больных ишемической кардиомиопатией // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2015. №3. Публикация 2-12. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2015-3/5175.pdf> (дата обращения: 17.09.2015). DOI: 10.12737/13203