



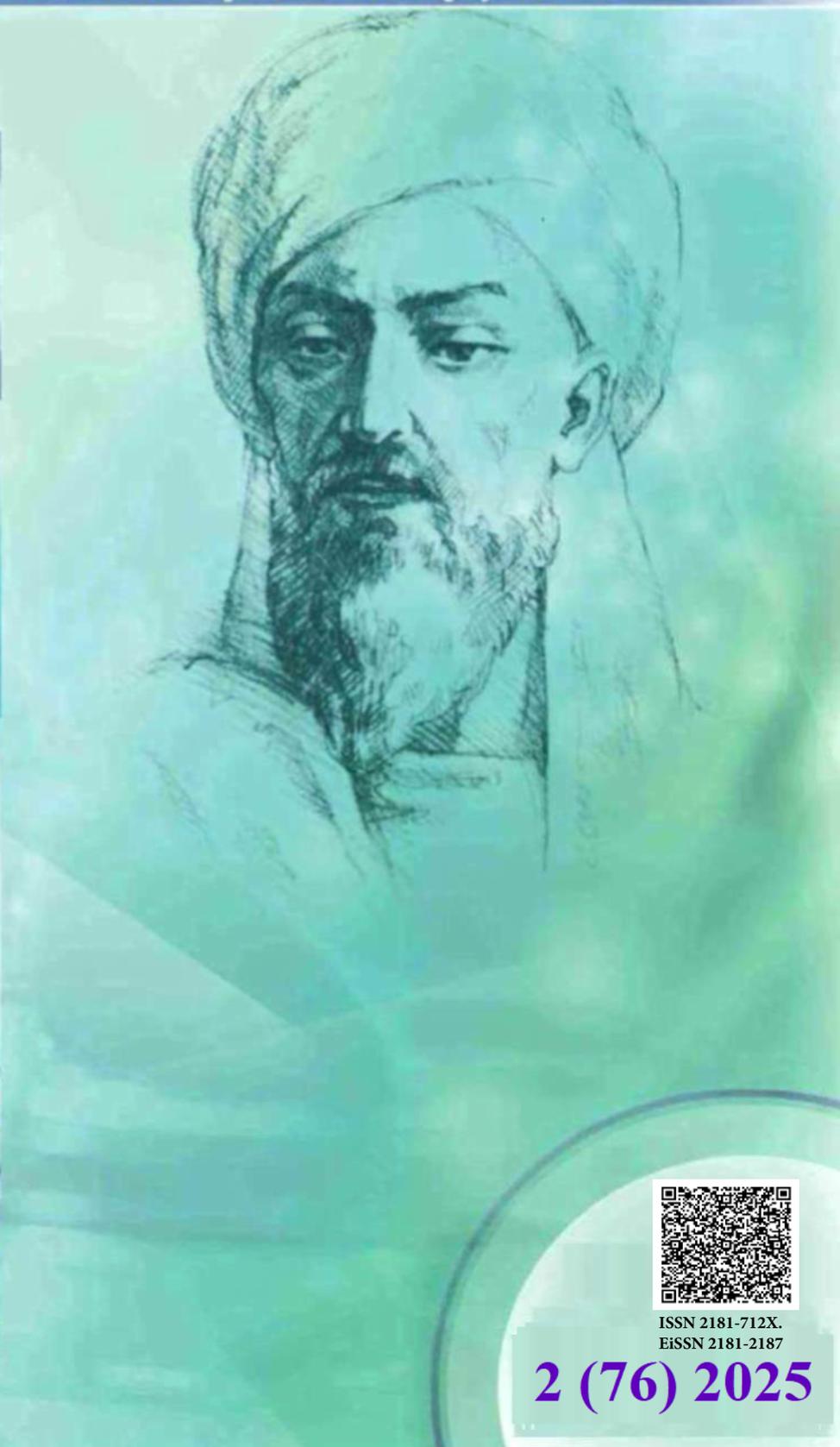
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

2 (76) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

2 (76)

2025

февраль

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.01.2025, Accepted: 03.02.2025, Published: 10.02.2025

УДК 616.12-008.331.1-053.7

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СНА ПАЦИЕНТОВ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Очилова Дилноза Ойбек кизи <https://orcid.org/0009-0005-5016-135X>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Резюме

Цель: Исследовать характерные черты расстройств сна, специфические для больных с артериальной гипертензией.

Материал и методы: Исследование и подходы: В рамках нашего анализа была сформирована основная группа из 42 участников, включающая 20 женщин и 22 мужчин в возрасте от 59 до 74 лет с установленными диагнозами хронических цереброваскулярных заболеваний и гипертонической болезни. Контрольную группу (ГК) образовали 24 здоровых добровольцев, в том числе 14 женщин и 10 мужчин среднего возраста около 50 лет. Для оценки нарушений сна использовались как субъективный метод – анкетирование по вопросам качества сна, так и объективные данные полисомнографического исследования.

Результаты: Исследования показали, что 97% пациентов с артериальной гипертензией жаловались на проблемы с ночным сном. Были зафиксированы нарушения всех аспектов структуры сна, включая значительное увеличение времени, необходимого для засыпания ($33,5 \pm 7,7$ мин), а также более выраженное бодрствование во время сна ($20,1 \pm 6,9\%$), по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$). У группированных пациентов не выявлено серьезных дыхательных нарушений во время сна. Также наблюдалось статистически значительное сокращение общей продолжительности сна (375 ± 71 мин) и индекса его эффективности ($80,7 \pm 19,2$). В контрольной группе — индекс апноэ составил $17,1 \pm 9,8$ против $5,3 \pm 1,4$ ($p < 0,001$). Уровень сатурации кислорода был равен $84,2 \pm 1,4\%$ у пациентов основной групп и $96,4 \pm 1,1\%$ у контрольной группы ($p < 0,05$).

Заключение: У пациентов с артериальной гипертензией наблюдается связь между расстройствами сна, характеризующимися психофизиологической инсомнией, и интенсивностью вегетативного синдрома, а также тяжестью основного заболевания.

Ключевые слова: Гипертоническая болезнь, нарушения сна, Полисомнография, ЦВЗ.

CHARACTERISTICS OF SLEEP DISORDERS IN PATIENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

Ochilova Dilnoza Oybek qizi <https://orcid.org/0009-0005-5016-135X>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1
Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Resume

Objective: To study the characteristic features of sleep disorders specific to patients with arterial hypertension.

Material and methods: Research and approaches: As part of our analysis, a main group of 42 participants was formed, including 20 women and 22 men aged 59 to 74 years with established diagnoses of chronic cerebrovascular diseases and hypertension. The control group (CG) consisted of 24 healthy volunteers, including 14 women and 10 men of average age of about 50 years. To assess sleep disorders, both a subjective method - a questionnaire on sleep quality, and objective data from a polysomnographic study were used.

Results: The studies showed that 97% of patients with arterial hypertension complained of problems with night sleep. Disturbances in all aspects of sleep structure were recorded, including a

significant increase in the time required to fall asleep (33.5 ± 7.7 min), as well as more pronounced wakefulness during sleep ($20.1 \pm 6.9\%$), compared with the control group ($p < 0.01$). No serious respiratory disorders during sleep were detected in the grouped patients. A statistically significant reduction in the total duration of sleep (375 ± 71 min) and its efficiency index (80.7 ± 19.2) was also observed. In the control group, the apnea index was 17.1 ± 9.8 versus 5.3 ± 1.4 ($p < 0.001$). The oxygen saturation level was $84.2 \pm 1.4\%$ in patients of the main groups and $96.4 \pm 1.1\%$ in the control group ($p < 0.05$). Conclusion. In patients with arterial hypertension, there is a connection between sleep disorders characterized by psychophysiological insomnia and the intensity of the vegetative syndrome, as well as the severity of the underlying disease.

Key words: Hypertension, sleep disorders, Polysomnography, CVD.

ESSENTIAL ARTERIAL GIPERTENSIYA BORCHI BO'LGAN BEMORLARDA UYQU BUZISHLARINING XUSUSIYATLARI

Ochilova Dilnoza Oybek qizi <https://orcid.org/0009-0005-5016-135X>

Abu Ali ibn Sino nomidagi Buxoro davlat tibbiyot instituti, O'zbekiston, Buxoro sh.

A. Navoiy kochasi 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: info@bsmi.uz

✓ Rezyume

Maqsad: arterial gipertenziya bilan og'rikan bemorlarga xos bo'lgan uyqu buzilishlarining xarakterli xususiyatlarini o'rganish.

Material va usullar: Tadqiqot va yondashuvlar: Bizning tahlilimiz doirasida surunkali serebrovaskulyar kasalliklar va gipertoniya tashxisi qo'yilgan 59 yoshdan 74 yoshgacha bo'lgan 20 nafar ayol va 22 nafar erkakni o'z ichiga olgan 42 ishtirokchidan iborat asosiy guruh tuzildi. Nazorat guruhi (CG) 24 nafar sog'lom ko'ngillilardan iborat bo'lib, ular orasida o'rtacha yoshi 50 ga yaqin bo'lgan 14 ayol va 10 erkak bor edi. Uyqu buzilishini baholash uchun sub'ektiv usul - uyqu sifati bo'yicha so'rovnoma va polisomnografik tadqiqotning ob'ektiv ma'lumotlari ishlatilgan. Natijalar: Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, arterial gipertenziya bilan og'rikan bemorlarning 97 foizi tungi uyqu bilan bog'liq muammolardan shikoyat qiladilar. Uyqu tuzilishining barcha jihatlarida buzilishlar kuzatildi, shu jumladan uyquga ketish uchun zarur bo'lgan vaqtning sezilarli darajada oshishi ($33,5 \pm 7,7$ minut), shuningdek, uyqu paytida uyg'onishning sezilarli darajada oshishi ($20,1 \pm 6,9\%$), nazorat guruhiga nisbatan $< 0,01$). Guruhlangan bemorlar uyqu vaqtida jiddiy nafas olish buzilishlarini ko'rsatmadi. Shuningdek, uyquning umumiy davomiyligi (375 ± 71 min) va uyqu samaradorligi indeksida ($80,7 \pm 19,2$) statistik jihatdan sezilarli qisqarish kuzatildi. Nazorat guruhida apne indeksi $5,3 \pm 1,4$ ga nisbatan $17,1 \pm 9,8$ ($p < 0,001$) edi. Kislorod bilan to'yinganlik darajasi asosiy guruhdagi bemorlarda $84,2 \pm 1,4\%$ va nazorat guruhida $96,4 \pm 1,1\%$ ni tashkil etdi ($p < 0,05$). Xulosa: Arterial gipertenziya bilan og'rikan bemorlarda psixofiziologik uyqusizlik bilan tavsiflangan uyqu buzilishlari va vegetativ sindromning intensivligi, shuningdek, asosiy kasallikning og'irligi o'rtasida bog'liqlik mavjud.

Kalit so'zlar: Gipertenziya, uyqu buzilishi, Polisomnografiya, CVD.

Актуальность

Нарушения сна становятся все более распространенной проблемой, затрагивающей разнообразные аспекты здоровья. Инсомния, как одна из наиболее распространенных форм расстройства сна, в свою очередь может служить предшественником многих серьезных заболеваний. Исследования показывают, что хроническое недосыпание связано с повышенным риском развития артериальной гипертензии, что подчеркивает важность полноценного сна для поддержания сердечно-сосудистого здоровья.

В условиях нарастающей тенденции нарушений сна важно уделять внимание профилактике и своевременному лечению, чтобы разорвать этот порочный круг и улучшить общее состояние здоровья населения. Обращение к специалистам и изменение образа жизни могут стать ключевыми шагами на пути к здоровому сну и лучшему качеству жизни [1].

Это подчеркивает важность профилактических мер и активного контроля артериального давления. Программы по снижению уровня АГ и нормализации МТ должны стать

приоритетными в общественном здравоохранении. Образ жизни, включающий регулярную физическую активность, сбалансированное питание и отказ от вредных привычек, может существенно снизить риск сердечно-сосудистых заболеваний.

Кроме того, необходимо внедрение системных подходов к лечению больных с уже установленными диагнозами. Эффективные стратегии терапии, включая медикаментозное лечение и реабилитационные мероприятия, помогут предотвратить развитие острых форм ИБС и снизить вероятность инсульта. Важно, чтобы пациенты были активно вовлечены в процесс своего лечения, понимали риски и следовали рекомендациям врачей.

Нельзя забывать и о значении регулярных медицинских осмотров, особенно для людей с факторами риска. Ранняя диагностика и индивидуализированный подход к каждому случаю позволяют вовремя замечать и корректировать отклонения, что в конечном итоге благоприятно скажется на общем уровне смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Проблема нарушений сна имеет давнюю историю и остается актуальной в настоящее время. Одной из основных причин интереса клиницистов к расстройствам сна является их высокая распространенность в популяции [2]. По данным ряда эпидемиологических исследований в популяциях разных возрастных групп, до 95 % людей имеют проблемы, связанные со сном. Симптомы инсомнии возникают три раза в неделю в 16-21 % случаев и значительно более выражены в 10-28 % случаев. Неудовлетворенность сном присутствует в 8-18 % случаев; более 25 % пожилых людей регулярно или часто используют снотворные препараты.

В современном мире ускоренного темпа жизни и повышенного нервного напряжения проблема нарушений сна становится все более актуальной. Современные исследования усиливают убежденность в том, что расстройства сна должны играть гораздо большую роль в практике лечения ССЗ, чем это делалось в прошлом. Особое значение имеют исследования респираторных расстройств, связанных со сном [3,4]. Нарушения сна являются частым проявлением функциональных расстройств нервной системы с постоянными или очень сильными психическими и эмоциональными нарушениями (неврозы, реактивные состояния) [5]. При функциональных расстройствах нервной системы и психозах нарушения сна часто являются основной, а иногда и единственной жалобой. Нарушения сна наблюдаются при органических заболеваниях головного мозга, в частности при атеросклерозе сосудов головного мозга и при поражениях ствола мозга различной этиологии (воспалительной, опухолевой, сосудистой) [6].

В данной научно-исследовательской работе планируем изучить актуальную проблему бессонницы при часто встречающейся патологии, с которой сталкиваются неврологи по причине развития различных неврологических осложнений – энцефалопатии, острых и хронических нарушений мозгового кровотока, когнитивной дисфункции и т.д., и которая должна рассматриваться в вопросах этиопатогенеза, клинического течения, диагностирования и терапии совместно с терапевтами и кардиологами – это гипертоническая болезнь (ГБ). По отчетам ВОЗ (2016), сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) до сих пор остаются основной причиной смерти во всем мире - более 17 млн смертей от общего числа хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), из них более 7 млн связаны с ишемической болезнью сердца (ИБС) и более 6 млн вызваны инсультом. Чтобы достигнуть снижения риска преждевременной смерти от неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 г., как глобальной цели ВОЗ, для которого необходимо определить модифицируемые факторы, одним из каковых является качественный здоровый сон.

У всех пациентов исследования были диагностированы различные формы и стадии хронического цереброваскулярного заболевания: остаточные явления ХНМК с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) I-II стадии или легкое неврологическое нарушение. Диагноз ДЭ и ее стадии основывался на обще принятых критериях (Е. В. Шмидт др. 1976; Е. В. Шмидт, 1985), основанных на ОНМК < 3 месяцев. I основная группе составили 42 больных (22 женщин и 20 мужчины) с хроническими ЦВБ (ХЦВБ) и гипертонической болезнью (ГБ) в возрасте 59-74 лет. У всех пациентов была диагностирована эссенциальная АГ в соответствии с критериями ВОЗ/МОАГ 1999. Длительность АГ в среднем составила 7,6±5,6 лет. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка (ГЛЖ) по данным электрокардиограммы (ЭКГ) были выявлены у 100 % больных АГ. Исключались пациенты с зависимостью от алкоголя, психическими заболеваниями, АГ3ст. (АД>180/110 мм рт. ст.), вторичной АГ, ИМТ >25 кг/м²,

СД, дислипидемии (ДЛП), ИБС, частых (>4 в месяц) гипертонических кризах (ГКр), синусовой брадикардии - частота сердечных сокращений (ЧСС) <55 уд. Пациенты с /min, печеночной и почечной недостаточностью не включались.

Следует подчеркнуть, что основная симптоматика ХЦВД и АГ по своей природе не стабильна, «мерцание» и зависит от конкретных экзогенных и эндогенных факторов. Ухудшение состояния больных часто было следствием напряженной умственной деятельности, особенно на фоне гипоксии, сильного утомления, волнения, колебаний артериального давления и резких изменений погодных условий. Напротив, улучшение состояния было связано с устранением этих неблагоприятных факторов, после отдыха, применения препаратов, положительно влияющих на гемодинамику и церебральный метаболизм, и нормализации психологического напряжения у пациента. Однако, как правило, это улучшение не было стойким, и при возникновении неблагоприятных условий все симптомы возобновлялись.

Клинический симптомокомплекс включал жалобы на снижение умственной и физической активности, вялость, учащение головных болей и головокружений не системного характера, жалобы на повышенную общую слабость, внезапную усталость и истощение при выполнении обычных задач, плохую концентрацию внимания, трудности со своевременным переключением внимания и организацией деятельности, снижение работоспособности, шум в голове и ощущение «пустоты», эмоциональную неустойчивость. К ним относятся. Исследование органов дыхания не выявило хронических заболеваний легких. Исследование функции дыхательной системы показало снижение жизненной емкости легких (не менее 35 % от нормы), но не выявило нарушений бронхиальной проходимости. Наиболее распространенной патологией магистральных артерий головы были единичные ранние признаки атеросклеротического поражения сонных артерий в виде очагового утолщения комплекса интима-медиа и гемодинамически незначимого (<30%) стеноза различных отделов экстракраниальных ветвей МАГ. Основным изменением позвоночной артерии была деформация.

Контрольную группу составили 24 здоровых добровольца (14 женщин и 10 мужчин) в возрасте $49,3 \pm 8,2$ лет. Критериями исключения были: алкоголизм, психические заболевания или недееспособность, отсутствие желания пациента сотрудничать, АГ третьей степени (АД >180/110 мм рт. ст.) и вторичная АГ, прогрессирование АГ за последний месяц, STEMI, МИ, тромбоэмболия легочной артерии <3 месяцев до исследования, сердечная недостаточность II-IV функционального класса (СН), NYHA Функциональная классификация II-IV сердечной недостаточности (СН) по критериям NYHA, стеноз аорты, двусторонний стеноз почечных артерий, нестабильная стенокардия или стенокардия напряжения III-IV ФК, тяжелые нарушения сердечного ритма и проводимости, нарушения периферического кровообращения I-IV ФК по критериям Fontaine, выраженная нейропатия, гипотиреоз, акромегалия, оториноларингологическая патология, дисплазия лицевого скелета. Всем пациентам проводился общий осмотр, исследование неврологического и психомоторного статуса, электрокардиография, ультразвуковая доплерография, эндоскопия, рентгенография или МРТ головы, клинический и биохимический анализ крови и мочи. Субъективная оценка основных клинических симптомов проводилась по пятибалльной рейтинговой шкале со стандартизированными критериями оценки тяжести каждого симптома: 0 - отсутствие симптомов, 4 - тяжелые симптомы. Исследование неврологического статуса включало оценку двигательного, вестибулярного, экстрапирамидного, сенсорного и псевдобульбарного параличей по пятибалльной шкале со стандартизированными критериями оценки тяжести каждого симптома.

Вегетативные расстройства оценивались с помощью опросника, разработанного на кафедре патологии вегетативной нервной системы Московской медицинской академии имени Сеченова. Суммарный балл по опроснику 15 и более свидетельствует о клинически значимом вегетативном расстройстве. Психологические тесты оценивали тревогу и депрессию - два основных компонента аффективных расстройств: HADS - Hospital Anxiety and Depression Scale; Zigmond AS, et al. 1983. Субъективная оценка качества сна Для исследования частоты и выраженности нарушений сна у пациентов использовался опросник субъективной оценки нарушений сна, разработанный Центром сомнологии МЗРУ. В этом опроснике пациентам предлагалось оценить следующие параметры сна: - время засыпания, продолжительность сна,

количество пробуждений, качество сна, количество сновидений, качество утренних пробуждений. Оценки выставлялись по пятибалльной шкале со стандартизированными критериями для оценки тяжести каждого параметра, при этом наименьшее значение соответствовало общим симптомам. После заполнения опросника подсчитывался общий балл по опроснику. Суммарный балл <18 свидетельствовали о субъективно плохом качестве сна, >22 указывает на хорошее качество сна, в то время как оценка в пределах 18-22 баллов свидетельствует о пограничном качестве сна. Объективная оценка параметров сна и событий сна Объективная оценка параметров сна проводилась с помощью полисомнографии, при которой регистрируются электроэнцефалография (ЭЭГ), электроокулография (ЭОГ) и электромиография (ЭМГ) челюстных мышц в центральном и затылочном отведениях параллельно, по международной системе 10×20. Определение фаз сна и стандартных фаз сна проводилось в соответствии с международной классификацией Rechtschaffen A., Kales A. Atlas. Каждый 30-секундный интервал (эпоха) записи полиграфа подвергался визуальной обработке в программе «Statistica 6.0» (StatSoft, Inc.) Количественные признаки с нормальным распределением описывались средним значением (M) и стандартным отклонением (s), признаки без нормального распределения - медианой (Me) и квартилями (Q1; Q3). Для количественных признаков использовали тест Манна-Уитни для сравнения несвязанных гр. Динамику признаков в гр. анализировали методом Вилкоксона; для сравнения частоты значений признаков в гр. использовали тест χ^2 и точный тест Фишера. Значимые различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Цель: Исследовать характерные черты расстройств сна, специфические для больных с артериальной гипертензией.

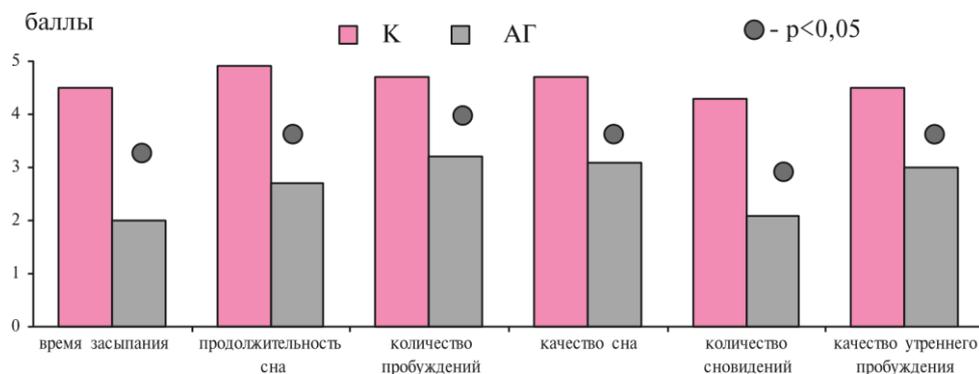
Материал и методы

Исследование и подходы: В рамках нашего анализа была сформирована основная группа из 42 участников, включающая 20 женщин и 22 мужчин в возрасте от 59 до 74 лет с установленными диагнозами хронических цереброваскулярных заболеваний и гипертонической болезни. Контрольную группу (ГК) образовали 24 здоровых добровольцев, в том числе 14 женщин и 10 мужчин среднего возраста около 50 лет. Для оценки нарушений сна использовались как субъективный метод – анкетирование по вопросам качества сна, так и объективные данные полисомнографического исследования.

Результат и обсуждения

При анализе психологических характеристик в гр. больных АГ было выявлено повышение показателей тревожных и депрессивных расстройств — $11,3 \pm 1,5$ баллов и $10,4 \pm 2,3$ баллов, соответственно, и наличие выраженных вегетативных проявлений ($27 \pm 5,9$ баллов) по сравнению с данными ГК ($p < 0,05$).

Рис. 1 Субъективная оценка сна у больных ХЦВБ и АГ



97 % пациентов жаловались на нарушения сна в ночное время. Средний балл качества сна составил $16,1 \pm 4,3$, при этом нарушения сна были более выражены в этой группе пациентов; пациенты с ХБП и АГ жаловались на трудности с засыпанием, ночные пробуждения и ранние

пробуждения. Самые низкие субъективные оценки касались всех основных характеристик сна, на и более выраженными из которых были удлинение времени засыпания и повышенная активность сновидений по сравнению с ГК. Объективное полисомнографическое исследование сна показало статистически значимое снижение индекса эффективности сна и общего времени сна у пациентов с ХЦВЗ и АГ по сравнению с ГК ($78 \pm 2,2\%$ и 384 ± 72 минуты соответственно) ($p < 0,05$).

Нарушение всех компонентов структуры сна, фаз медленного и REM-сна, наблюдалось у пациентов с ХЦВЗ и АГ, что свидетельствует о важности структурных изменений сна. Статистически значимое удлинение времени наступления сна ($31,5 \pm 9,8$ мин) и увеличение доли пробуждений вовремя сна ($21,1 \pm 7,9\%$) отмечено у пациентов I группы по сравнению с ГК ($p < 0,01$). Значимых нарушений дыхания во время сна не наблюдалось. Таким образом, у пациентов с ХКВП и АГ клинически диагностированный синдром вегетативной дистонии был представлен жалобами на психомоторные нарушения и нарушения сна (трудности засыпания, нарушения сна, ранние пробуждения) с тревожно-депрессивной симптоматикой. Эти жалобы сочетались с объективно определяемыми изменениями сна: увеличение латентности засыпания на один час, усиление возбуждений во время сна на фоне уменьшения времени глубокого сна в фазе медленно-волнового сна, FBS. Такое сочетание субъективных жалоб и объективных изменений сна характерно для психофизиологической инсомнии. Для определения связи нарушений сна с тяжестью основного заболевания все пациенты с ХЦВЗ и АГ были разделены на подгруппы с относительно низким ($13,8 \pm 2,5$ балла) и относительно высоким ($18,1 \pm 2,1$ балла) средним баллом по субъективной оценке сна, которые были обозначены как основной так и контрольной группы соответственно. Результаты полисомнографии в этих подгруппах представлены в таблице 1.

Объективные показатели структуры сна у больных с ХЦВЗ и АГ

Показатели сна	Основная	Контрольная
Индекс эффективности сна (%)	$71 \pm 1,2\#*$	$83 \pm 2,7\#$
Общая длительность сна (мин)	$361 \pm 42\#*$	$401 \pm 57\#$
Латентный период 1 std. (мин)	$40,8 \pm 10,3\#*$	$21,3 \pm 8,9\#$
Бодрствование внутри сна (%)	$28 \pm 4,3\#*$	$16,2 \pm 7,1\#$
std. сна (%)	$23,1 \pm 5,9\#*$	$16 \pm 11,2\#$
std. сна (%)	$53,1 \pm 9,5$	$56,3 \pm 11,9$
Дельта-сон 3 и 4 std. (%)	$10,7 \pm 4,7\#$	$11,9 \pm 8,3\#$
ФБС (%)	$10,3 \pm 5,9\#$	$14,5 \pm 4,7\#$

Анализ показал четкую зависимость между выраженностью субъективных жалоб (СЖ) и тяжестью нарушений сна и структуры сна у пациентов с ХЦВЗ и АГ. Статистически значимая разница ($p < 0,05$) между пациентами основной группы и контрольную группы заключалась в более низком индексе эффективности сна, меньшем общем времени сна, большем латентном периоде, большем времени пробуждения во время сна и более поверхностной первой стадии медленно волнового сна. Анализ психовегетативного статуса и клинических проявлений в выделенных подгруппах позволил установить тесную связь нарушений сна с выраженностью основного заболевания. Относительно низкое качество сна ассоциировалось с достоверно более высокими показателями САД и ДАД, более частыми ГКр, более выраженными проявлениями психовегетативного синдрома с преимущественно тревожными расстройствами ($p < 0,05$). При этом длительность основного заболевания в подгруппах не различалась.

Обсуждение:

У пациентов с ХЦВЗ и АГ психофизиологические нарушения сна по типу инсомнии, на которые указывали НС (неудовлетворительный сон, трудности с засыпанием, прерывание сна и ранние пробуждения) и объективные данные (снижение индекса эффективности сна, удлинение латентности сна на 1 секунду на фоне снижения стандартного отклонения глубины фазы медленно-волнового сна, увеличение времени бодрствования во время сна), и исходная тяжести

процесса заболевания - индекс системного артериального давления, частота ГКД и ФБС - была выявлена ассоциация. (увеличение времени бодрствования во время сна на фоне снижения стандартного отклонения глубины фазы медленно волнового сна и, выявлена взаимосвязь между тяжестью основного течения заболевания индексом системного АД, частотой ГКр и выраженностью психомоторных нарушений. Аналогичные результаты были получены в исследовании [8], в котором было показано, что инсомния и нарушения сна были более выражены у пациентов с АГ, поскольку АД у них не достигало целевых уровней. Таким образом, объективное исследование сна у больных ХЦВБ методом полисомнографии выявило выраженные дыхательные расстройства во сне, увеличение представительства поверхностных стадии сна, редукцию глубоких стадии фазы медленного сна, а также — ФБС, повышение бодрствования внутри сна (фрагментации сна). Это позволяет предположить, что устранение нарушений сна и нормализация его адаптивных функций могут уменьшить выраженность психомоторных расстройств и самой АГ. Такое предположение было подтверждено в исследовании 42 пациентов с целью выявления сопутствующих заболеваний при инсомнии [9]. Сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) был наиболее высоким у пациентов с нарушениями сна по сравнению с обструктивными заболеваниями легких -1,71 (ДИ 1,5-1,95) и психическими расстройствами - 1,89; доверительный интервал (ДИ) 1,67-2,14. Кроме того, у пациентов с ССЗ, получавших фармакологическую коррекцию сна, смертность. Анализ показал наличие объективных признаков нарушения дыхания во сне (увеличение индекса апноэ, снижение насыщения кислородом) у пациентов с ХЦВЗ. Результаты анализа показали, что у пациентов с ХЦВЗ имело место нарушение дыхания во сне. Эти изменения не были связаны со сном, но сопровождалось жалобами, связанными с низким качеством пробуждения и бодрствования: трудности перехода от сна к повседневной жизни, утренние головные боли и дневная сонливость.

Заключение

Таким образом, можно констатировать, что жалобы на нарушение сна у больных ХЦВБ не коррелируют с тяжестью дыхательных расстройств во сне, но отражают наличие психовегетативного синдрома, характеризующегося тревожно-депрессивными проявлениями и психофизиологической инсомнией. Комплексная терапия больных ХЦВБ должна включать как коррекцию дыхательных расстройств во сне, так и адекватное лечение психовегетативных нарушений и тревожно-депрессивных расстройств. Выявлена корреляционная связь нейрофизиологических и психоэмоциональных изменений при диссомнии у больных с гипертонической болезнью для выбора психокоррекции.

СПТСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Tzourio C. Hypertension, cognitive decline, and dementia: An epidemiological perspective. //Dialogues Clin Neurosci 2007;9:61-70.
2. Newman AB, Nieto FJ, Guidry U, et al. Relationship of sleepdisordered breathing to cardiovascular risk factors. The Sleep Heart Health Study. //Am J Epidemiol 2001;154:50-9.
3. Nieto FJ, Young TB, Lind BK, et al. Association of sleep-disordered breathing, and hypertension in a large community-based study. //JAMA 2000;283:1829-36.
4. Bixler EO, Vgontzas AN, Lin HM, et al. Association of hypertension and sleep-disordered breathing. //Arch Intern Med 2000;160:2289-95.
5. Kushida CA, Littner MR, Hishkowitz M, et al. Practice parameters for the use of continuous and bilevel positive airway pressure devices to treat adult patients with sleep-related breathing disorders. //An American Academy of Sleep Medicine report. Sleep 2006;29:375-80. This report presents the latest guidelines for treating patients with SDB with CPAP or bilevel positive airway pressure appropriately.
6. Peppard PE, Young T, Palta M, Skatrud J. Prospective study of the association between sleep-disordered breathing and hypertension. //N Engl J Med 2000;342:1378-84.
7. Lavie L. Obstructive sleep apnoea syndrome: an oxidative stress disorder. //Sleep Med Rev 2003;7:35-51.
8. Kono M, Tatsumi K, Saibara T, et al. Obstructive sleep apnea syndrome is associated with some components of metabolic syndrome. //Chest 2007;131:1387-92.
9. Phillips B, Mannino DM. Does insomnia kill? //Sleep 2005;28(8):965-71.

Поступила 20.01.2025