

Распространенность и структура нарушений сна в неврологическом, психиатрическом и соматическом стационарах

Д.С. Петелин✉, А.О. Головатюк, Б.А. Волель, М.Ю. Бровко, О.Ю. Сорокина, Д.В. Трошина, Д.О. Рожков, Н.М. Буланов, П.С. Соколова, М.Г. Полуэктов

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

Обоснование. В настоящий момент известно, что структура нарушений сна, а также частота жалоб на нарушение сна, разнятся у людей, страдающих заболеваниями различного профиля. Немаловажными факторами, влияющими на развитие нарушений сна, являются эмоциональные и поведенческие особенности, различающиеся в зависимости от направленности заболевания.

Цель. Сравнить распространенность нарушений сна в зависимости от профиля заболевания и оценить эмоциональные и психологические факторы, оказывающие влияние на нарушения сна.

Материалы и методы. Всего в исследовании участвовали 300 пациентов: 100 пациентов из неврологического стационара, 100 – из психотерапевтического, 100 – из пульмонологического. Для оценки качества сна использовались данные Питтсбургского индекса качества сна, для оценки личностных и эмоциональных факторов – данные шкалы тревоги Спилбергера, 5-факторного опросника личности, анкеты по оценке копинг-стратегий (стратегии преодоления).

Результаты. Больные из группы психотерапевтического профиля чаще предъявляли жалобы на нарушения сна в целом и имели средний балл Питтсбургского индекса качества сна выше, чем пациенты из неврологического и соматического стационаров. В группе пациентов неврологического профиля чаще наблюдались нарушения сна вследствие громкого храпа, у пациентов соматического профиля чаще выявлялось пробуждение из-за нарушения дыхания во сне. Факторы ситуационной и личностной тревожности оказали влияние на структуру нарушений сна вне зависимости от профиля заболевания.

Заключение. Использование различных копинг-стратегий в наибольшей степени оказывает влияние на наличие нарушений сна в группе пациентов соматического профиля, в меньшей степени – в группе неврологического профиля.

Ключевые слова: психиатрия, сомнология, Питтсбургский индекс качества сна, тревога, инсомния

Для цитирования: Петелин Д.С., Головатюк А.О., Волель Б.А., Бровко М.Ю., Сорокина О.Ю., Трошина Д.В., Рожков Д.О., Буланов Н.М., Соколова П.С., Полуэктов М.Г. Распространенность и структура нарушений сна в неврологическом, психиатрическом и соматическом стационарах. Consilium Medicum. 2024;26(11):776–781. DOI: 10.26442/20751753.2024.11.203022

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2024 г.

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence and structure of sleep disorders in neurological, psychiatric and somatic hospitals

Dmitry S. Petelin✉, Andrey O. Golovatyuk, Beatrice A. Volel, Mikhail Yu. Brovko, Olga Yu. Sorokina, Daria V. Troshina, Dmitri O. Rozhkov, Nikolay M. Bulanov, Paraskovya S. Sokolova, Mikhail G. Poluektov

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

Background. Today it is well known that the structure of sleep disorders and frequency of complaints about sleep disorders depend on the diseases profile. Emotional and behavioral features of patients with different disease profile are important factors affecting the development of sleep disorders. **Aim.** To estimate difference of sleep disorders according to the profile of the disease and to assess the emotional and psychological factors that may influence sleep disorders.

Materials and methods. A total of 300 patients participated in the study: 100 from every department (neurological, psychiatric and pulmonological). To assess the quality of sleep Pittsburgh Sleep Quality Index was used; data from the Spielberger anxiety scale, a 5-factor personality questionnaire, and a questionnaire for evaluating coping strategies (coping strategies) were used to assess personal and emotional factors.

Results. Patients from the psychotherapeutic group appeared to be more likely to complain of sleep disorders in general. They also had an average Pittsburgh Sleep Quality Index score higher than patients from neurological and somatic hospitals. In the group of patients with a neurological profile loud snoring is more often reason for sleep disturbing. Awakenings due to difficulties in breathing were more often detected in the group of somatic profile. Situational and personal anxiety influenced the structure of sleep disorders regardless of the disease profile.

Conclusion. The use of various coping strategies has the greatest impact on the presence of sleep disorders in the group of patients with a somatic profile, to a lesser extent – in the group of neurological profile.

Keywords: psychiatry, somnology, Pittsburgh sleep quality index, anxiety, insomnia

For citation: Petelin DS, Golovatyuk AO, Volel BA, Brovko MYu, Sorokina OYu, Troshina DV, Rozhkov DO, Bulanov NM, Sokolova PS, Poluektov MG. Prevalence and structure of sleep disorders in neurological, psychiatric and somatic hospitals. Consilium Medicum. 2024;26(11):776–781. DOI: 10.26442/20751753.2024.11.203022

Информация об авторах / Information about the authors

✉Петелин Дмитрий Сергеевич – канд. мед. наук, ассистент каф. психиатрии и психосоматики Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: petelinhome1@yandex.ru

✉Dmitry S. Petelin – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: petelinhome1@yandex.ru; ORCID: 0000-0002-2228-6316

Введение

В настоящий момент известно, что заболевания самого различного профиля могут сопровождаться расстройствами сна, что приводит к ухудшению качества жизни больных и неблагоприятному прогнозу. Например, при хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) расстройства сна по типу инсомнии встречаются у 33% пациентов по сравнению с 21% в контрольной группе. В качестве возможных причин рассматривались респираторные симптомы во время сна (кашель и повышенная продукция мокроты), употребление или, напротив, отмена никотина, гипоксия, повышенная симпатическая активность, повышение уровня тревоги и/или депрессии, использование теофиллина. В исследовании R. Budhiraja и соавт. (2015 г.) также показано, что частота встречаемости синдрома беспокойных ног при ХОБЛ в 3 раза выше, чем в общей популяции, однако неясно, чем обусловлены такие различия [1].

У больных с нарушениями психики расстройства сна инсомнического характера встречаются еще чаще. При депрессивных расстройствах они входят в критерии диагноза, а распространенность нарушений сна среди таких пациентов достигает 90% [2]. У пациентов с шизофренией инсомния может встречаться в любой стадии заболевания: в продромальном периоде, в первом эпизоде, во время острого рецидива и даже в стадии стойкой ремиссии. Показано, что наличие инсомнии сопряжено со степенью нарушения когнитивных функций при этом заболевании. У больных шизофренией часто встречаются расстройства циркадианного ритма сон-бодрствование, которые могут быть связаны со снижением чувствительности к свету, расстройством секреции мелатонина и дисфункцией супрахиазматических ядер гипоталамуса. В исследовании T. Overbeek и соавт. показано, что паническое расстройство сопровождается инсомнией: 67% в сравнении с 20% в общей популяции [3].

У больных неврологического профиля тип преобладающего расстройства сна определяется нозологической формой поражения нервной системы. При эпилепсии часто встречаются расстройства сна инсомнического характера. Это справедливо и для пациентов с головными болями (до 86% больных), в этой группе также встречается синдром обструктивного апноэ сна, который может приводить к возникновению или учащению головных болей [4]. Расстройства циркадианного ритма сон-бодрствование встречаются у 40% пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера. У 70% больных этим недугом также выявляется синдром обструктивного апноэ сна, являющийся фактором худшего прогноза [5]. При болезни Паркинсона наиболее частым расстройством сна является инсомния (в 80% случаев), у них также часто встречаются и расстройства бодрствования – избыточная дневная сонливость (50% пациентов) и эпизоды непреднамеренного засыпания за рулем (23% случаев). В этих случаях отмечено снижение содержания орексина (активирующего нейромедиатора) в спинномозговой жидкости [6].

Целью работы явилось изучение распространенности нарушений сна при различных формах патологии и оценка относительной роли психологических факторов в развитии этих расстройств.

Материалы и методы

В период с сентября 2017 по март 2018 г. проведен сплошной опрос пациентов, находившихся на лечении в Университетской клинической больнице №3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет) в следующих отделениях: неврологическом, отделении пульмонологии и психотерапевтическом. Для этого сформирован протокол, включавший вопросы из: опросника качества сна Питтсбургского университета (Питтсбургский

Информация об авторах / Information about the authors

Головатюк Андрей Олегович – врач-невролог Клиники нервных болезней им. А.Я. Кожевникова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Волель Беатриса Альбертовна – д-р мед. наук, дир. Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Бровко Михаил Юрьевич – д-р мед. наук, проф. каф. внутренних, профессиональных болезней и ревматологии, проректор по международной деятельности ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Сорокина Ольга Юрьевна – канд. мед. наук, зав. психотерапевтическим отд-нием Университетской клинической больницы №3 Клинического центра ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Трошина Дарья Викторовна – канд. мед. наук, специалист по научно-методической работе Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Рожков Дмитрий Олегович – глав. врач Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Буланов Николай Михайлович – канд. мед. наук, доц. каф. внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Университетской клинической больницы №3 ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Соколова Праксодья Сергеевна – студентка Клинического института детского здоровья им. Н.Ф. Филатова ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Полуэктов Михаил Гурьевич – канд. мед. наук, доц. каф. нервных болезней и нейрохирургии, зав. отд-нием медицины сна Института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)

Andrey O. Golovatyuk – neurologist, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0001-6304-3479

Beatrice A. Volel – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0003-1667-5355

Mikhail Yu. Brovko – D. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0003-0023-2701

Olga Yu. Sorokina – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0001-8863-8241

Daria V. Troshina – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-5046-6699

Dmitri O. Rozhkov – Chief doctor, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-0951-5284

Nikolay M. Bulanov – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0002-3989-2590

Paraskovya S. Sokolova – Student, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0001-7428-1464

Mikhail G. Poluektov – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). ORCID: 0000-0001-6215-0918

индекс качества сна – ПИКС) [7], шкалы тревоги Спилбергера [8], 5-факторного опросника личности [9], анкеты по оценке копинг-стратегий (стратегии преодоления – модели поведения, используемые для преодоления кризисных ситуаций) [10]. По достижении целевого числа в 100 пациентов из каждого отделения опрос прекращался.

Всего таким образом обследованы 300 больных (110 мужчин, 190 женщин, средний возраст – $49,8 \pm 16,8$ года). Среди 100 больных неврологического отделения (32 мужчины, 68 женщин, средний возраст – $55,7 \pm 16,7$ года) фигурировали следующие формы патологии: дисциркуляторная энцефалопатия (20 случаев), люмбалгия (16 случаев), первичные головные боли (12 случаев), полинейропатии, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз (по 6 случаев), болезнь моторного нейрона, мононейропатии (по 5 случаев), миастения (4 случая), эпилепсия (3 случая), парампарез неясной этиологии, болезнь Фабри, фронтотемпоральная атрофия (по 2 случая), болезнь Вильсона–Коновалова, последствия детского церебрального паралича, последствия черепно-мозговой травмы, панические атаки, пароксизмальная миоплегия, тазовые боли, последствия серозного менингита, эссенциальный тремор, доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение, нарколепсия, нейросаркоидоз (по 1 случаю).

У больных, находившихся на лечении в психотерапевтическом отделении (31 мужчина, 69 женщин, средний возраст – $40,9 \pm 15,2$ года), присутствовали следующие диагнозы: депрессивный эпизод (27 случаев), дистимия и соматизированная депрессия. Лучше распределить таких больных по депрессивному эпизоду и дистимии (по 14 случаев), генерализованное тревожное расстройство и паническое расстройство (по 11 случаев), маскированная депрессия (6 случаев), ипохондрическое расстройство (5 случаев), а также неврастения, навязчивости, соматоформное расстройство, конверсионное расстройство, смешанное расстройство поведения и эмоций, депрессивный эпизод в рамках рекуррентной депрессии, расстройство адаптации, биполярная депрессия (по 1 случаю).

У пациентов пульмонологического отделения (47 мужчин, 53 женщины, средний возраст – $52,7 \pm 14,8$ года) присутствовали следующие диагнозы: саркоидоз (42 случая), хронический бронхит (22 случая), хронический альвеолит (14 случаев), бронхиальная астма (7 случаев), ХОБЛ (5 случаев), бронхоэктатическая болезнь, пневмония (по 3 случая), интерстициальный фиброз (2 случая), альвеолярный протеиноз и болезнь Стилла (по 1 случаю).

За наличие нарушений сна принималось значение ПИКС > 5 баллов [7]. Для определения наличия нарушений сна инсомнического характера использовалось наличие ответа «3 раза в неделю или чаще» на вопросы 5а и/или 5б по соответствующей шкале. Для оценки наличия апноэ сна отдельно определялось число пациентов, отмечавших паузы между вдохами во время сна, замечавшиеся другими людьми, 3 раза в неделю или чаще (вопрос 10б). Для подтверждения наличия дневной сонливости использовался положительный ответ на вопрос о наличии сонливости 3 раза в неделю или чаще (вопрос 8). Наличие привычного храпа оценивалось по положительному ответу на вопрос о частом, 3 раза в неделю или чаще, храпе (вопрос 10а). Число больных с нарушениями сна, выявленных с применением этой методики, представлены по отделениям в табл. 1. В табл. 2 представлены значения средних баллов симптомов, связанных с нарушением ночного сна, по отделениям и результаты их сравнения.

Данные представлены в виде среднего и среднеквадратического отклонения ($M \pm \sigma$). Нормальность распределения признака оценивалась по критерию Колмогорова–Смирнова. Поскольку во всех случаях распределение признака соответствовало нормальному, то статистическая обработка проводилась с использованием t-критерия Стьюдента.

Таблица 1. Частота жалоб на нарушения сна и бодрствования в зависимости от профиля стационара

	Н (n=100)	П (n=100)	С (n=100)
Наличие нарушения сна	67*	82**	57*
Инсомния	60	65	55
Храп	22*#	11**	45**
Апноэ во сне	17#	17*	34**
Дневная сонливость	66*	97**	23*

Здесь и далее в табл. 2: * – достоверное ($p < 0,05$) отличие П от С, # – Н от С, * – Н от П.

Таблица 2. Выраженность симптомов, связанных с нарушением сна

	Н (n=100)	П (n=100)	С (n=100)
Подъем в туалет	$3,0 \pm 1,1^{\#}$	$2,6 \pm 1,2^{**}$	$3,1 \pm 1,1^*$
Затруднение дыхания	$1,9 \pm 1,2^{\#}$	$1,9 \pm 1,2^*$	$2,3 \pm 1,3^{**}$
Кашель/Храп	$2,2 \pm 1,2^{\#}$	$1,7 \pm 1,0^{**}$	$2,8 \pm 1,3^{**}$
Кошмары	$1,9 \pm 1,1$	$2,2 \pm 1,1^*$	$1,8 \pm 1,0^*$
Качество сна	$2,5 \pm 0,8^{\#}$	$2,8 \pm 0,8^{**}$	$2,5 \pm 0,8^*$
Прием снотворных	$1,8 \pm 1,2^{\#}$	$2,5 \pm 1,4^{**}$	$1,4 \pm 0,9^*$
Сонливость днем	$2,3 \pm 1,2^{\#}$	$2,8 \pm 1,2^{**}$	$2,3 \pm 1,2^*$
Уровень энергии	$2,0 \pm 1,0^{\#}$	$2,9 \pm 1,0^{**}$	$2,2 \pm 1,0^*$
Громкий храп	$2,2 \pm 1,3^{\#}$	$1,7 \pm 1,1^{**}$	$2,1 \pm 1,2^*$
Спутанность сознания	$1,3 \pm 0,6^{\#}$	$1,5 \pm 0,8^{**}$	$1,2 \pm 0,5^*$
Сумма ПИКС	$9,1 \pm 4,2^{\#}$	$11,0 \pm 4,7^{**}$	$8,5 \pm 3,4^*$

Для выявления причинно-следственных связей использовался метод множественной линейной регрессии. За достаточный уровень достоверности отличий принималось значение $p < 0,05$.

Результаты

Распространенность и выраженность нарушений сна

Результаты представлены в табл. 1, 2. В наибольшей степени нарушения сна выражены в группе больных с расстройствами психической сферы – П [82% против 67% в неврологической – Н ($p=0,015$) и 57% в пульмонологической (соматической – С; $p=0,0001$) группах]. При этом достоверного отличия у группы П по частоте встречаемости инсомнии в сравнении с двумя другими группами не получено ($p=0,46$ для группы Н; $p=0,15$ для группы С), однако в отношении дневной сонливости группа П отличалась как от группы Н ($p=0,002$), так и от группы С ($p=0,0008$). Между С и Н по этому же показателю достоверных отличий выявить не удалось ($p=0,72$). По показателю наличия храпа группа С достоверно отличалась от обеих групп ($p=0,005$ для Н и $p=0,00$ для П). То же справедливо и для показателя наличия апноэ во сне ($p=0,005$ для Н и П). По показателю наличия храпа в группе Н достоверно чаще встречалось данное нарушение, чем в группе П ($p=0,03$).

Суммарное значение ПИКС в группе П оказалось достоверно наиболее высоким ($p=0,00$ в сравнении с данными группы С; $p=0,019$ – для Н). Кроме того, больные группы П имели более выраженные признаки нарушения сна по ряду других показателей: для показателя частоты подъема в туалет в ночное время – $p=0,004$ и $p=0,017$ для С и Н соответственно; для качества сна в целом – $p=0,002$ и $p=0,005$ для С и Н соответственно; для уровня сонливости днем – $p=0,001$ и $p=0,003$ для С и Н соответственно; $p=0,00$ для групп Н и С при анализе различий по уровню энергии днем; для спутанности сознания днем показатель p составил для группы С $p=0,001$, а для группы Н – $p=0,004$. При этом больные группы П чаще прибегали к использованию снотворных препаратов для улучшения качества ночного

сна как по сравнению с Н ($p=0,00$), так и с С ($p=0,00$) группами. Однако больные из группы П реже жаловались на громкий храп, чем пациенты из Н ($p=0,013$) и С ($p=0,019$) групп. То же справедливо и для частоты пробуждения вследствие храпа/кашля: $p=0,00$ для группы С и $p=0,007$ для группы Н.

Группа Н отличалась от больных из группы П большей частотой выявления громкого храпа ($p=0,02$). У пациентов из группы С сон чаще нарушался из-за затруднения дыхания в сравнении с пациентами из П ($p=0,019$) и Н ($p=0,011$) групп. По показателю, отражающему нарушение сна вследствие ночных кошмаров, больные групп Н и П отличий не имели, в то время как пациенты группы П предъявляли жалобы чаще, чем больные группы С ($p=0,008$).

Роль психологических факторов в развитии инсомнических нарушений

Далее с использованием метода регрессионного анализа нами проведено определение влияния особенностей личности и эмоционального реагирования на развитие нарушений сна инсомнического характера.

Фактор ситуационной и личностной тревожности определял развитие нарушений сна в целом (суммарный балл ПИКС >5) у больных Н, П и С-профилей. Для ситуационной тревожности этот показатель составил в группе С ($\beta=0,395$; $p=0,000$), Н ($\beta=0,470$; $p=0,000$), П ($\beta=0,333$; $p=0,001$) соответственно. Для личностной – в группе С ($\beta=0,333$; $p=0,001$), в группе Н ($\beta=0,433$; $p=0,001$), в группе П ($\beta=0,210$; $p=0,036$). Такие личностные характеристики, как нейротизм, определяли развитие нарушений сна в группе С ($\beta=0,257$; $p=0,010$) и Н ($\beta=0,361$; $p=0,000$). В группе Н также в развитии нарушений сна играл роль фактор экстравертированности ($\beta=-0,290$; $p=0,003$).

Наличие нарушений засыпания оказалось связано с ситуационной тревожностью в группе С ($\beta=0,241$; $p=0,016$), с личностной тревогой и фактором нейротизма – в группе Н ($\beta=0,324$; $p=0,001$ для личностной тревожности, $\beta=0,297$; $p=0,003$ – для нейротизма). У больных группы П не выявлено влияния этих и других факторов на выраженность нарушений засыпания.

Во всех группах обнаружена связь между частотой пробуждений и ситуационной и личностной тревожностью: в группе С для ситуационной тревожности ($\beta=0,272$; $p=0,006$), для личностной ($\beta=0,355$; $p=0,000$); в группе Н ($\beta=0,226$; $p=0,024$) для ситуационной и ($\beta=0,206$; $p=0,040$) для личностной тревожности; в группе П для ситуационной ($\beta=0,279$; $p=0,005$) и для личностной тревожности ($\beta=0,303$; $p=0,002$). Влияние нейротизма проявилось в группах С ($\beta=0,230$; $p=0,021$) и Н ($\beta=0,202$; $p=0,044$). Показатель экстраверсии оказался связан с частотой пробуждений только в группе С ($\beta=-0,224$; $p=0,025$).

На качество сна пациентов влияет фактор ситуационной тревожности независимо от профиля патологии (для С – $\beta=0,401$; $p=0,000$; Н – $\beta=0,302$; $p=0,003$; П – $\beta=0,330$; $p=0,001$). Однако личностная тревожность и фактор нейротизма оказывает свое влияние на этот показатель только у пациентов из групп Н ($\beta=0,362$; $p=0,000$ для личностной тревожности, $\beta=0,307$; $p=0,002$ для нейротизма) и С ($\beta=0,362$; $p=0,000$ для личностной тревожности, $\beta=0,211$; $p=0,035$ для нейротизма). Экстраверсия оказалась связана с качеством сна только в группе Н ($\beta=-0,222$; $p=0,029$).

Особенности копинг-стратегий у больных с нарушением сна

Кроме особенностей личности на развитие нарушений сна могут влиять используемые пациентами копинг-стратегии. Оценено взаимовлияние использования копинг-стратегий в зависимости от наличия или отсутствия нарушений сна на основании баллов, набранных по ПИКС (вывод о наличии нарушения сна производился при

итоговом балле >5 по ПИКС). Так, в группе С выявлялась взаимосвязь между наличием нарушений сна и использованием таких копинг-стратегий, как концентрация на эмоциях и их активное выражение ($\beta=0,401$; $p=0,000$), обращение к религии ($\beta=0,267$; $p=0,007$) и поведенческий уход от проблемы ($\beta=0,232$; $p=0,019$). В группе Н удалось выявить связь с использованием инструментальной социальной поддержки ($\beta=0,259$; $p=0,009$) и обращением к религии ($\beta=0,212$; $p=0,034$). В группе П связи между нарушениями сна и использованием копинг-стратегии не выявлялись.

Выводы

1. Частота жалоб на нарушения сна зависит от профиля заболевания. В наибольшей степени расстройства сна подвержены больные психотерапевтического стационара, в наименьшей – люди с болезнями органов дыхания и нервной системы.

2. Такие эмоциональные факторы, как личностная и ситуационная тревожность, вызывали нарушение сна (ПИКС >5 баллов), влияли на частоту пробуждений у всех групп пациентов независимо от профиля патологии.

3. Эмоциональные факторы и особенности личности, такие как уровень нейротизма, экстравертированности и личностной тревожности, в наибольшей степени влияли на характеристики сна и бодрствования у больных неврологического профиля. Это справедливо для нарушений сна в целом, нарушений засыпания, частоты пробуждений и качества сна.

4. В группе пациентов соматического профиля влияние эмоциональных и личностных факторов было менее весомым. Фактор нейротизма оказал влияние на нарушения сна в целом, частоту пробуждений и качество сна. Факторы ситуационной и личностной тревожности оказали влияние на нарушение засыпания и качество сна соответственно.

5. Структуры используемых копинг-стратегий у больных с заболеваниями различного профиля различаются. Наибольшее влияние используемых стратегий на возможность развития нарушений сна наблюдается у больных соматического профиля.

Обсуждение

В результате проведенного исследования обнаружено, что в группе П чаще наблюдаются нарушения сна и дневного бодрствования. Это может отражать как низкое качество ночного сна, не приносящего должного восстановления, так и являться проявлением основного заболевания.

Достоверных различий в отношении показателя частоты встречаемости такого нарушения сна, как инсомния, среди пациентов соматического, психотерапевтического и неврологического стационаров выявить не удалось. Однако данный показатель среди пациентов всех профилей оказался выше в сравнении с общей популяцией, где жалобы на нарушения сна инсомнического характера встречаются у 1/3 опрошенных [11]. Необходимо учитывать высокую представленность пациентов с депрессивными расстройствами в группе П, вследствие чего следует ожидать у них и большую встречаемость расстройств сна по типу инсомнии, как и продемонстрировано в исследовании М. Ettensohn и соавт. [2], где инсомния встречалась у 90% людей с депрессивными расстройствами. В нашем исследовании частота встречаемости инсомнии составила 65%, что, возможно, обусловлено гетерогенностью группы больных с психическими нарушениями.

Количество ночных пробуждений вследствие храпа и кашля у пациентов из неврологического и соматического стационаров оказалось выше, чем в группе больных психотерапевтического профиля. Существуют возрастные особенности этих пациентов, которые оказались в среднем старше больных из психотерапевтического стационара, что соответствует данным С. Li-Pang и соавт., согласно ко-

торым пик встречаемости храпа среди общего населения приходится на возраст от 50 до 59 лет как у мужчин, так и у женщин [12].

Различий по встречаемости расстройств дыхания во сне среди пациентов неврологического и пульмонологического стационара выявить не удалось. Это можно объяснить тем, что в развитии таких расстройств важную роль играют морфологические факторы, а состояние центральной нервной системы имеет минимальное значение. В исследовании R. Budhiraja и соавт. [1] в качестве одной из возможных причин повышенной частоты инсомнии среди пациентов с заболеваниями органов дыхания рассматривались более частые приступы кашля и храпа в ночное время.

При оценке взаимосвязи между особенностями личности и нарушениями сна, определяемыми по шкале ПИКС, удалось выявить, что чем выше фактор ситуационной и личностной тревожности, тем более вероятно наличие нарушений сна, в том числе ночных пробуждений, у пациентов вне зависимости от профиля патологии. Кроме того, у пациентов из групп С и Н выявлена положительная обратная связь факторов личностной тревожности и нейротизма с качеством сна в целом. Таким же образом связаны факторы ситуационной и личностной тревожности с ночными пробуждениями: чем выше вес этих факторов, тем выше вероятность возникновения ночных пробуждений у пациентов всех профилей. Аналогичная взаимосвязь определялась между факторами нейротизма и нарушениями сна в целом в группах больных С и Н. И, напротив, чем ниже фактор экстравертированности, тем более вероятно наличие нарушений сна и ниже качество сна, однако такую связь удалось обнаружить только в группе Н. В группе пациентов психотерапевтического стационара связи между такими факторами личности, как нейротизм и экстраверсия, и нарушениями сна выявить не удалось. Во всех группах факторы добросовестности, открытости опыту и сотрудничеству в целом не оказывали влияние на качество сна. Таким образом, полученные нами данные соответствуют данным M. Hintsanen и соавт., которые оценивали связь между факторами личности и нарушениями сна на основании двух популяционных исследований из Финляндии и Австралии [13], однако в данном исследовании в отличие от нашего не оценивалась роль факторов личностной и ситуационной тревожности.

Анализ взаимосвязи использования копинг-стратегий и нарушений сна позволил выявить, что в группе пациентов с пульмонологической патологией стратегия концентрации на эмоциях имела положительную связь с нарушениями сна. Та же связь выявлена со стратегией обращения к религии. В группе пациентов с неврологической патологией обнаружена положительная обратная связь между наличием нарушений сна и использованием инструментальной социальной поддержки и обращения к религии, т.е. чем чаще данные пациенты прибегали к использованию этих копинг-стратегий, тем чаще у них встречались нарушения сна. Несмотря на парадоксальность этих находок, они хорошо согласуются с данными литературы. В ряде исследований показана двоякая роль религиозного мировоззрения в психологическом благополучии населения. В то время как наличие глубокого религиозного мировоззрения рассматривается в качестве предиктора отсутствия психопатологической симптоматики, религиозные сомнения способствуют развитию ряда симптомов, в том числе тревоги и инсомнии [14].

У пациентов психотерапевтического профиля связи между частотой использования копинг-стратегий и нарушениями сна не обнаружено. В предшествовавших нашей работе исследованиях копинг-стратегий при нарушениях сна продемонстрирована положительная обратная связь между частотой нарушений сна и использованием концентрации на эмоциях. Авторы также обнаружили связь от-

рицания и мысленного ухода от проблемы с показателями сна. При этом в упомянутом исследовании проводилась более точная оценка качества сна не только по ПИКС, но и по результатам дневника сна и методом актиграфии [15].

Заключение

Преимуществом проведенного исследования является прямое сравнение частоты встречаемости различных нарушений сна у пациентов различных профилей. Кроме того, проведена сравнительная оценка влияния как эмоциональных, так и личностных факторов на нарушение сна в форме инсомнии и нарушения дыхания во сне, а также их сравнение между группами пациентов с разными профилями патологии.

В качестве недостатка данного исследования стоит отметить отсутствие объективизации ночного сна пациентов, вывод о наличии расстройств сна делался только на основании данных анкетирования. Следует отметить, что опрос пациентов проводился исключительно во время пребывания в стационаре, где их сон мог ухудшаться на фоне непривычного окружения, распорядка или медицинских манипуляций. Относительным ограничением является то, что в группу пациентов с соматической патологией включены только пациенты с заболеваниями дыхательной системы, что позволяет определить группу как «соматическую» очень условно.

Тем не менее данные нашего исследования позволили выделить ряд ранее неизвестных связей психологических факторов с нарушениями сна у стационарных больных различного профиля. Для дальнейшего уточнения роли этих факторов возможно проведение дальнейших исследований с использованием более точных инструментов объективизации сна.

Благодарность. Авторы выражают благодарность студентам ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет), принимавшим участие в наборе материала.

Acknowledgements. The authors express their gratitude to the students of Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), who contributed to data collection.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Литература/References

1. Budhiraja R, Siddiqi A, Quan F. Sleep Disorders in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Etiology, Impact, and Management. *J Clin Sleep Med*. 2015;11(3):259-70. DOI:10.5664/jcsm.4540
2. Ettensohn M, Soto Y, Bassi B, Khurshid KA. Sleep problems and disorders in patients with depression. *Psychiatr Ann*. 2016;46(7):390-5. DOI:10.3928/00485713-20160502-01
3. Overbeek T, van Diest R, Schruers K, et al. Sleep complaints in panic disorder patients. *J Nerv Ment Dis*. 2005;193(7):488-93. DOI:10.1097/01.nmd.0000168233.43673.0e
4. Ju Y, Videnovic A, Vaughn B. Comorbid Sleep Disturbances in Neurologic Disorders. *Continuum (Minneapolis)*. 2017;23(4, Sleep Neurology):1117-31. DOI:10.1212/CON.0000000000000501
5. Troussier A, Charley C, Salleron J, et al. Treatment of sleep apnoea syndrome decreases cognitive decline in patients with Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2014;85(12):1405-8. DOI:10.1136/jnnp-2013-307544
6. Ondo W, Vuong K, Khan H, et al. Daytime sleepiness and other sleep disorders in Parkinson's disease. *Neurology*. 2001;57(8):1392-6. DOI:10.1212/wnl.57.8.1392
7. Buysse D, Reynolds C, Monk T, et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr Res*. 1989;28(2):193-213. DOI:10.1016/0165-1781(89)90047-4
8. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press 1970 Jan.
9. Goldberg LR. An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol*. 1990;59(6):1216-29. DOI:10.1037//0022-3514.59.6.1216
10. Folkman S, Lazarus R. Coping as a mediator of emotion. *J Pers Soc Psychol*. 1988;54(3):466-75.
11. Ohayon MM. Epidemiological Overview of sleep Disorders in the General Population. *Sleep Med Res*. 2011;2(1):1-9. DOI:10.17241/smr.2011.2.1.1
12. Chuang LP, Lin SW, Lee LA, et al. The gender difference of snore distribution and increased tendency to snore in women with menopausal syndrome: a general population study. *Sleep Breath*. 2017;21(2):543-7. DOI:10.1007/s11325-016-1447-4
13. Hintsanen M, Puttonen S, Smith K, et al. Five-factor personality traits and sleep: evidence from two population-based cohort studies. *Health Psychology*. 2014;33(10):1214-23. DOI:10.1037/hea0000105
14. Ellison CG, Bradshaw M, Storch J, et al. Religious Doubts and Sleep Quality: Findings from a Nationwide Study of Presbyterians. *Rev Relig Res*. Author manuscript. PMC. 2012.
15. Kozusznik W, Puig-Perez S, Kozusznik B, et al. The Relationship Between Coping Strategies and Sleep Problems: The Role of Depressive Symptoms. *Ann Behav Med*. 2021;55(3):253-65. DOI:10.1093/abm/kaaa048

Статья поступила в редакцию / The article received: 14.10.2024**Статья принята к печати / The article approved for publication: 27.11.2024**