

# Пароксизмальные и перманентные вегетативные расстройства в цикле сон-бодрствование



Котова О.В., врач-невролог,  
к.м.н., ст.н.с. Лаборатории патологии  
вегетативной нервной системы Первого МГМУ  
им. И.М. Сеченова

# Расстройства сна и психические заболевания



7954 респондентов  
исследование 1989 г

**психические расстройства**

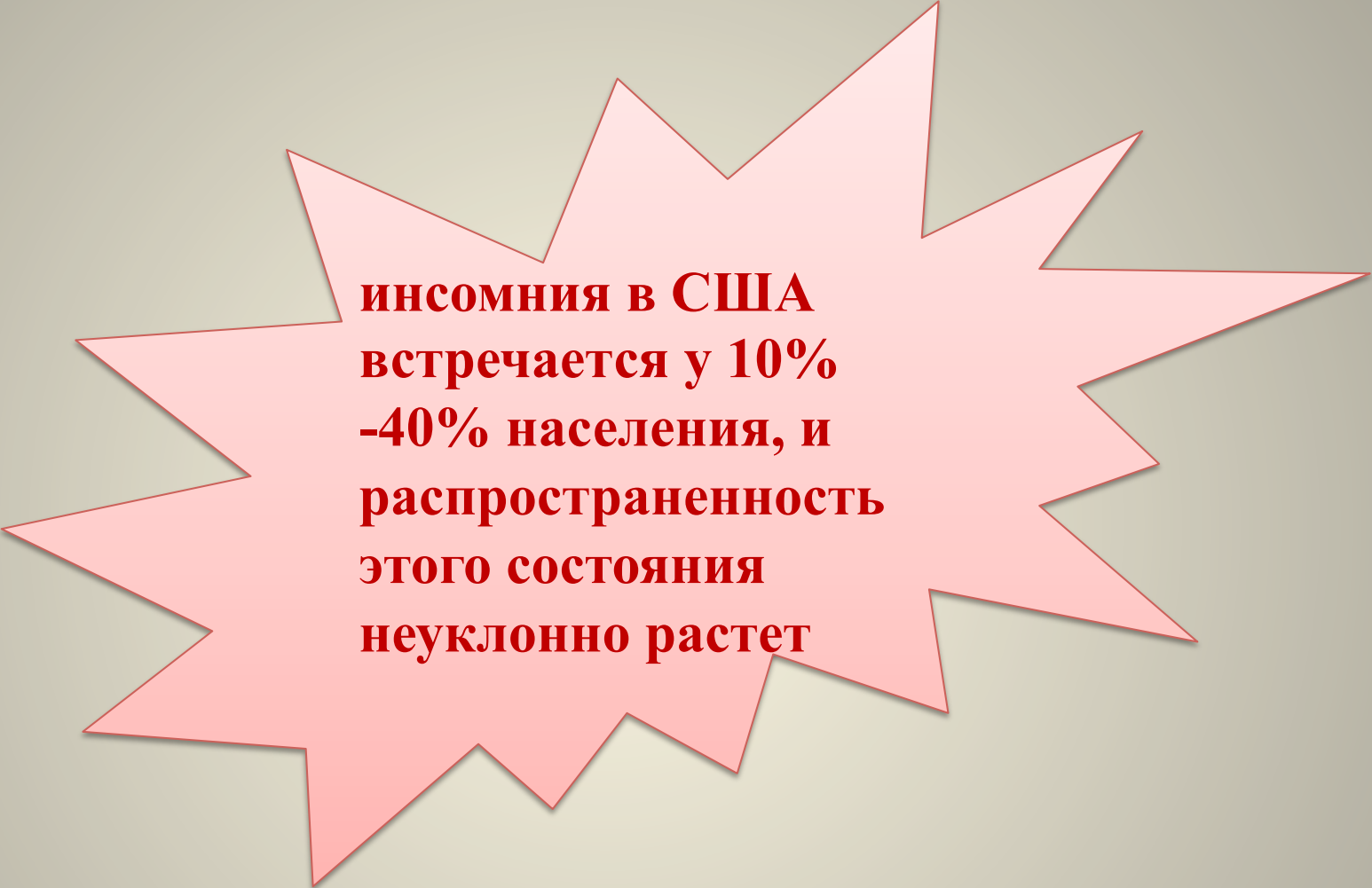
40%  
респондентов  
с бессонницей

46,5%  
респондентов с  
чрезмерной  
сонливостью

лица со стойкой  
инсомнией находятся в  
группе риска развития  
депрессии или  
тревожного расстройства

две трети пациентов с  
аффективными расстройствами  
(тревогой или депрессией)

**трудности  
со сном**



**инсомния в США  
встречается у 10%  
-40% населения, и  
распространенность  
этого состояния  
неуклонно растет**

**патологическая тревога**



**Врач общей  
практики**

*40%  
только  
тревога*



*26%  
+ депрессия*



**Синдром вегетативной дистонии —**  
**функциональное нарушение**  
деятельности нервной системы,  
характеризующееся ухудшением общего  
состояния и самочувствия человека,  
приводящее к снижению качества жизни  
и проявляющееся  
**неорганической дисфункцией**  
различных органов и систем.

# Тревога патологическая



Беспочвенное  
неопределенное волнение,  
предчувствие опасности,  
грозящей катастрофы с  
ощущением внутреннего  
напряжения, боязливого  
ожидания

усиливается неадекватно  
ситуации, обусловлена  
внутренними причинами,  
но может  
провоцироваться и  
внешними  
обстоятельствами

не связана с реальн  
угрозой и может  
осознаваться как  
беспредметное  
беспокойство

сочетается с  
двигательным  
беспокойством,  
вегетативными  
реакциями

# ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНΙΑ

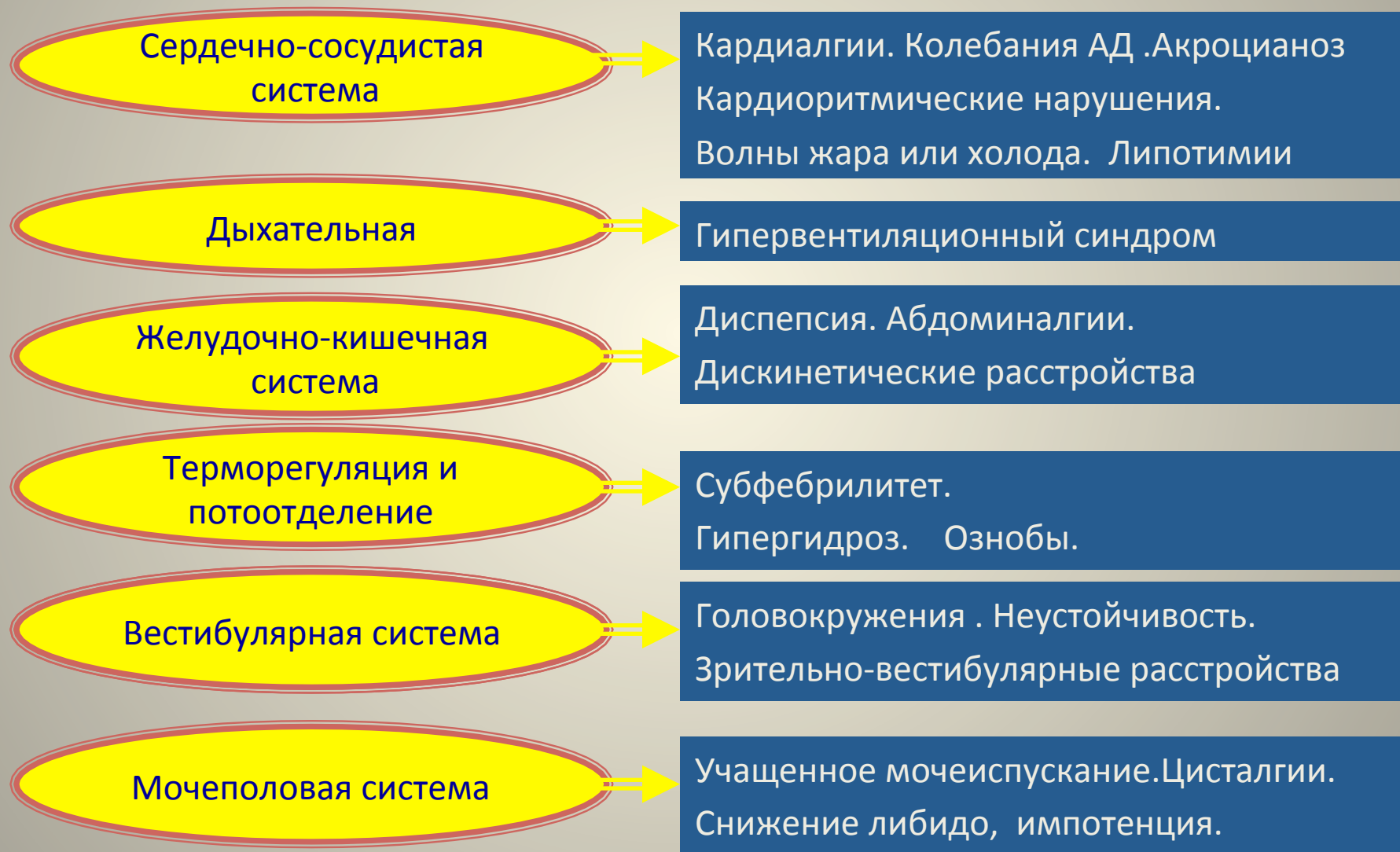
```
graph TD; A[ВЕГЕТАТИВНАЯ ДИСТОНΙΑ] --> B[Прогрессирующая вегетативная недостаточность]; A --> C[Психо-вегетативный синдром]; A --> D[Ангиотрофический синдром];
```

**Прогрессирующая  
вегетативная  
недостаточность**

**Психо-вегетативный  
синдром**

**Ангио  
трофо  
алгический  
синдром**

# Полисистемность вегетативных нарушений



# Двигательные (моторные) нарушения при тревоге



суетливость



мышечное напряжение с  
болевыми ощущениями  
различной локализации



неспособность  
расслабиться



тремор

# **Психические и поведенческие симптомы тревоги**

**раздражительность  
и нетерпеливость**

**ощущение  
взвинченности и  
пребывание на  
грани срыва**

**ощущение  
напряженности и  
скованности**

**быстрая  
утомляемость**

**беспокойство по  
мелочам**

**невозможность  
сконцентрироваться,  
ухудшение памяти**

**неспособность  
расслабиться**

**трудности засыпания и  
нарушения ночного сна**



# Тревога и расстройства сна

нарушения сна при  
тревожных  
расстройствах

в 68%  
возникают  
одновременно с  
развитием  
тревоги

в 15% вслед за  
началом  
тревожного  
расстройства

*тревога*

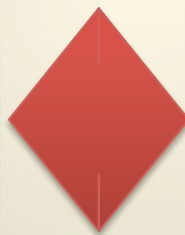
чаще выявляются  
пресомнические расстройства в  
виде трудности начала сна  
(процесс засыпания может  
затягиваться до 2 часов и более)

формирование  
патологических  
«ритуалов отхода ко  
сну», «боязнь  
постели», «страх  
ненаступления сна»

# Взаимосвязь инсомнии и тревоги



**тревога  
способствует  
развитию инсомнии**



**люди, страдающие  
инсомнией, как правило,  
изначально имеют более  
высокий уровень  
тревоги, чем люди без  
расстройств сна**



# Тревога и депрессия \*—

- Ухудшает течение соматических заболеваний
- Затрудняет диагностику
- Могут провоцировать соматическое заболевание
- Ухудшает контакт с врачом
- Значительно снижает комплаентность и приверженность назначенной терапии
- Повышают частоту обращаемости к врачам-интернистам



\* W.Katon et al., 2003

- По данным ВОЗ к 2020 году заболеваемость депрессией займет второе место, после кардиоваскулярных заболеваний



- Актуальность проблемы в общей медицине, где частота депрессий достигает 22–33%

- Частота депрессивных расстройств

у мужчин



5-12%

у женщин

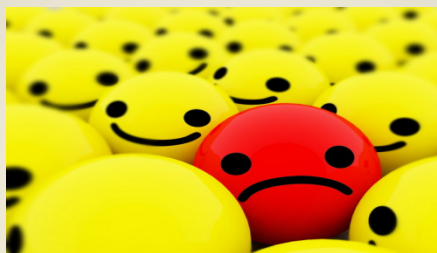


12-20%





доля больных, которым устанавливается  
правильный диагноз, не превышает 10–55%



**высокая коморбидность  
с телесными недугами**

**гиподиагностика**

**13% больных получают  
антидепрессанты**

**1 из 10 пациентов  
получает необходимую  
специализированную помощь**

J.Ormel и соавт., 1990; L. Derogatis и соавт., 1992; T.Schwenk, 1994,  
D.Mischoulon и соавт., 2001

# Диагностические критерии депрессии МКБ-10, раздел V. Психические расстройства в общей медицинской практике.

1. Основные  
Пониженное или печальное настроение  
Утрата интересов или чувства удовольствия

2. Дополнительные  
Нарушения сна  
Чувство вины или низкая самооценка  
Утомляемость или снижение активности  
Трудности при сосредоточении  
Возбуждение или заторможенность движений или речи  
Расстройство аппетита  
Суицидальные мысли или действия  
Снижение полового влечения



# Синдромы дефицита моноаминов и психопатология



## Синдром дефицита дофамина

- Ангедония
- Апатия
- Аспонтанность
- Уплощенный аффект
- Затрудненное абстрактное мышление

## Синдром дефицита серотонина

- Сниженное настроение
- Тревога
- Приступы паники
- Фобии
- Обсессии и компульсии
- Булимия
- Боли

## Синдром дефицита норадреналина

- Трудности концентрации внимания
- Дефицит рабочей памяти
- Боль
- Сниженное настроение
- Моторная заторможенность
- Утомляемость

# Виды депрессий у неврологических больных

При органических  
заболеваниях  
ЦНС

Дефицит  
моноаминов  
органический  
при патологии  
ЦНС

Деменции  
Рассеянный склероз  
Паркинсонизм

Ятрогенные  
депрессии

Дефицит  
моноаминов  
функциональный

Реактивные  
депрессии -  
состояние в ответ  
на болезнь

Дефицит  
моноаминов  
функциональный

# Особенности депрессии в неврологии



# Клинические «маски» депрессий

**Алгии**

Психопатологические  
расстройства

**«МАСКИ»**

Нарушение  
биологическо  
го ритма

Вегетативные  
Соматизиров  
анные  
Эндокринные  
расстройства

# Критерии распознавания соматизированных (маскированных) депрессий

1. Множество жалоб при отсутствии объективных признаков соматического заболевания. Диагностика соматического страдания ограничивается неопределенным диагнозом типа «вегетососудистая дистония».
2. Периодичность (сезонность) манифестации болезненной симптоматики, ремиттирующее течение.
3. Подчиненность самочувствия суточному ритму с улучшением вечером, реже утром.
4. Настойчивое обращение за медицинской помощью несмотря на очевидное отсутствие результатов лечения.
5. Улучшение на фоне приема антидепрессантов.



**по частоте употребления  
психотропные  
препараты занимают второе  
место после антибиотиков**

**около 25% от всех  
выписываемых  
в мире рецептов**

**антидепрессанты**

*2/3 назначений  
делают не неврологи и  
психиатры,  
а врачи других  
специальностей*





# Паническая атака (DSM-IV)

**Очерченный период выраженного страха или дискомфорта, в котором присутствуют 4 или более из следующих, внезапно развивающихся симптомов:**

1. Пульсация, сердцебиение, тахикардия
2. Повышенное потоотделение
3. Дрожь или покачивание
4. Ощущение удушья или нехватки воздуха
5. Одышка (диспноэ)
6. Боль или дискомфорт в груди
7. Тошнота или неприятные ощущения в животе
8. Головокружение, слабость, предобморочное состояние
9. Дерезализация или деперсонализация
10. Страх потерять контроль над собой или «сойти с ума»
11. Страх смерти
12. Парестезии
13. Чувство (волны) жары или холода

# Подтипы Панических атак



**характерны общие  
соматические симптомы**



**преобладание  
дыхательных расстройств  
в картине приступа**

- чаще выявляется отягощенный семейный анамнез по ПР
  - имеют более низкий уровень коморбидности с депрессией
- большую длительность заболевания
  - более тяжелое течение
- большое число спонтанных панических атак и лучшая реакция на антидепрессанты

# ГВС и ПА

**Лица с  
идиопатической  
гипервенти-  
ляцией**



**имеют  
значительно  
более высокий  
бал по тревоге и  
депрессии, чем  
здоровые лица**



**причина  
возникновения  
панических  
атак**

# Происхождение общих симптомов при острой гипервентиляции и ПР



# Гипервентиляционный синдром и панические атаки

1. При ПА и ГВС возникают одинаковые симптомы: одышка, сердцебиение, тремор, парестезии и головокружение.
2. ГВС встречается у 40% пациентов с паническим расстройством.
3. Провокационные тесты на гипервентиляцию, при которых пациент осуществляет 30 вдохов в минуту в течение 4 минут, провоцируют симптомы ПА, такие же, как у пациентов с ПР

# Паническое расстройство и сон

**инсомния**

**Расстройства сна  
при ПР**

**ночные  
кошмары**

**паралич  
во время  
сна**

**гипнагогические  
галлюцинации**

**сомнамбулизм**

[Garland EJ](#), [Smith DH](#). Simultaneous prepubertal onset of panic disorder, night terrors, and somnambulism. [J Am Acad Child Adolesc Psychiatry](#). 1991 Jul;30(4):553-5



# Панические атаки и сон



**ЗДОРОВЫЕ**

**Пациенты с  
ночными ПА**



**показатель общей  
мощности был  
достоверно выше во  
время NREM сна**

**Пациенты с  
дневными ПА**



**более высокие значения  
общей мощности и  
мощности  
низкочастотных  
колебаний во время REM  
сна**

**снижение  
эффективности сна и  
сокращение 4-й  
стадии сна**

- **Достоверных различий в архитектуре сна между пациентами с дневными и ночными ПА не выявлено**
- **При полисомнографии у пациентов с паническим расстройством обнаружено маргинальное увеличение сна, редукция эффективности сна, внезапные пробуждения с чувством паники во время перехода от 2-й стадии NREM сна к SWS сну**

# Дифференциальный диагноз Э и ПА

Панические  
атаки у **2-5%**  
населения

Эпилепсия:  
показатель  
заболеваемости с учетом  
всей продолжительности  
жизни **3% \***

в картине припадка  
превалируют страх и  
вегетативные  
расстройства

60% припадков – это  
простые или сложные  
фокальные припадки

потери сознания нет  
**или** она чрезвычайно  
кратковременная,  
**и** свидетели не  
обращают на это  
внимание

# Дифференциальный диагноз ПА и ЭП

Thompson SA с соавторами предлагают следующие признаки типичных фокальных припадков (в сравнение с паническими атаками):

- Короткая продолжительность атак (1-2 минуты)
- Наличие моторных автоматизмов, которые чаще замечают свидетели припадка (например, глотательные движения, жевательные, перебирание одежды).
- Дебют заболевания чаще после 45 лет.
- Фебрильные судороги в анамнезе.
- Недостаточный ответ на пробное лечение панических атак.

# ПА и ЭП (общее и отличия)

## Общее

Внезапность и  
беспричинность  
появления

Возникновение из  
сна

Общность  
провоцирующих  
факторов (алкоголь,  
ГВ, депривация сна,  
РБ

Частота  
пароксизмальных  
феноменов в семье

## Различия

Дебют ПА после 14  
лет

Полисистемность ПА

Длительность ПА

Формирование при ПА  
агорафобии

Отсутствие  
эпилептической

активности в иктальной  
ЭЭГ при ПА



# **ПА и эпилепсия** **(возможности сочетаний)**

ПА - проявление ауры эпилептического припадка

ПА - проявление эпилептического припадка

ПА с АФ - реакция на социальную дезадаптацию, связанную с эпилепсией

ПА - проявление психических нарушений больного эпилепсией (тревога).

Независимое сосуществование ПА и ЭП у одного больного

Появление ПА у больного с анамнезом эпилепсии или с медикаментозным контролем ЭП.

# Патология сердечно-сосудистой системы



# **Гемодинамика при эпилепсии**

- Повышение колебаний уровня скорости мозгового кровотока в средней мозговой артерии у больных Э**
- У больных Э достоверно чаще случаются инсульты**
- Повышение вариабельности АД и ЧСС у больных Э по сравнению со здоровыми (ортостатическая проба)**
- Существование эпилептического генератора дает возможность формирования синдрома дезинтеграции (клинически: сс расстройства)**

# Генерализованное тревожное расстройство (ГТР)



Характеризуется чрезмерным и неконтролируемым беспокойством по поводу здоровья своего или близких людей, личных переживаний, финансовых проблем и собственного будущего.

# Эпидемиология ГТР

**За год ГТР могут заболеть примерно 3% населения, а распространенность в течение жизни составляет 5%.**

**Возраст начала ГТР чаще до 20 лет, при этом женщины больше подвержены этому заболеванию (в 2-3 раза), чем у мужчины**

**При ГТР высок риск хронизации процесса, и часто течение осложняется коморбидными расстройствами (в 45-91%), включая паническое расстройство, агорафобию, социальные фобии, большое депрессивное расстройство и дистимии**

**Около 2/3 пациентов с ГТР имеют риск возникновения рецидива в течение года**





# ***Актуальность ГТР***

**Тревожные расстройства являются одними из наиболее распространенных психических расстройств в США, в течение жизни здесь заболевают ГТР 28,8%, а 12-месячный показатель распространенности достигает 18,1%**

**Затраты на лечение тревожных расстройств в США составили 42,3 млрд долларов 1990 г**



**прямые затраты:  
госпитализация, вызов  
скорой помощи,  
лекарства, отпускаемые по  
рецепту, консультации  
врачей**

**косвенные расходы: прогулы на работе  
или в школе, снижение  
производительности труда,  
безработицу, злоупотребление  
психоактивными веществами или  
наркоманию, и даже самоубийства**

# Критерии ГТР по DSM-IV

**ГТР характеризуется чрезмерной тревогой и беспокойством, которые длятся не менее шести месяцев и связаны с тремя и более из следующих симптомов:**

- нетерпеливость или ощущение взвинченности;
- повышенная утомляемость;
- трудность концентрации внимания или ощущение пустоты в голове;
- раздражительность;
- мышечное напряжение;
- нарушения сна.





## Критерии диагностики ГТР согласно МКБ-10 (F 41.1)

1. Отмечающееся не менее 6 месяцев внутреннее напряжение, повышенная озабоченность и различные опасения, не ограниченные какими-либо конкретными обстоятельствами.
2. Различные вегетативные проявления, мышечное напряжение и острые или хронические мышечные боли, суестьливость.
3. Указанные проявления невозможно объяснить другими заболеваниями или употреблением психоактивных веществ.
4. Панические атаки, как правило, отсутствуют, но заболевание является хроническим, и примерно у 25% больных оно может переходить в паническое расстройство (F 41.0).



**70% пациентов с ГТР  
жалуются на  
нарушения сна**



**трудности  
засыпания**

**ПОВОД ВКЛЮЧИТЬ  
ИНСОМНИЮ В СПИСОК  
ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ  
ЭТОГО ТРЕВОЖНОГО  
РАССТРОЙСТВА**

**частые  
пробуждения в  
течение ночи**

# Полисомнография при ГТР

**неспецифические изменения**

**снижение  
процентной  
доли REM сна**

**увеличение 1-й  
и 2-й стадий  
NREM сна**

**нормальную или  
повышенную  
REM  
латентность**

**снижение  
эффективности  
сна**

**повышение  
латентности  
сна**

**повышенную  
частоту и  
длительность  
пробуждений**

**Установлены позитивные корреляты между  
уровнем тревоги и количеством пробуждений,  
латентностью 1-й стадии NREM сна и  
процентной долей 2-й стадии NREM сна**



# Фармакологическое лечение ГТР



**-СИОЗС**

**- Ингибитор обратного захвата серотонина и норадреналина**

**-Трициклические антидепрессанты**

**- Антипсихотические препараты**

**- Антиконвульсанты**

**- Бета-блокаторы**

**- Бензодиазепины**

**- Антигистаминные препараты.**

**многие психотропные препараты,  
которые используются для лечения  
тревоги могут либо вызывать или  
обострять нарушения сна**



# Лечение ГТР



**Наиболее эффективные методы:**

- когнитивно-поведенческая терапия**
- снотворные препараты, если имеет место инсомния**

**10 275 пациентов**  
(с 2003 по 2007 г)

**48 % СИОЗС**

**6%**  
**венлафаксин**

**34%**  
**бензодиазепины**

**3 месяца и  
больше**

**Бензодиазепины были  
начальным этапом  
терапии у 1/3 пациентов,  
а средняя  
продолжительность  
лечения составила около  
месяца.**

**Были изучены объемы использования  
ресурсов здравоохранения, и расходы на  
лечение в период до начала постановки  
диагноза в течение года и в течение года  
после постановки диагноза ГТР  
("предварительные" и "последующие"  
расходы).**

**один из пяти пациентов,  
начинающих лечение с  
бензодиазепинов  
продолжал лечение  
свыше 90 дней.**

**"предварительные"  
расходы**



**4812 \$**

**"последующие"  
расходы**



**7182 \$**



**непосредственно с  
фармакотерапией  
было связано  
только 18% этого  
прироста**

**обострение уже существующих  
сопутствующих заболеваний у  
пациентов с ГТР, и/или новых  
соматических проявлений ГТР  
(например, боль в груди, желудочно-  
кишечные расстройства)**

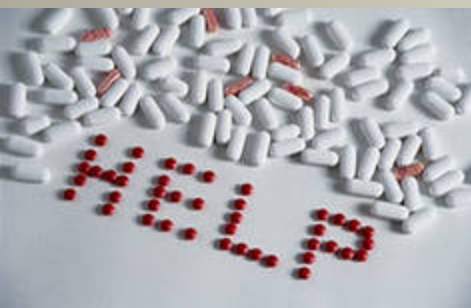
# Терапия ГТР с инсомнией

наиболее часто назначаемым препаратам, по данным зарубежной литературы при данном состоянии:

- Тразодон (Триттико)
- Миртазапин (Ремерон)
- Бензодиазепины



*Бензодиазепины были стандартом лечения инсомнии около 20 лет, и являлись распространенным методом лечения тревожных расстройств*





# Минусы бензодиазепинов

- высокий риск возникновения зависимости и седации
- повышенный риск промышленного и дорожно-транспортных травматизма
- неонатальной и младенческой смертности при использовании на поздних сроках беременности или в время грудного вскармливания
- значительная часть пациентов, получающих бензодиазепины также имеет риск усиления тревоги после отмены лечения

**При долговременном использовании** бензодиазепинов могут появиться и другие проблемы.

- риск развития привыкания
- когнитивного дефицита
- увеличения частоты падений у людей старшего возраста



# ДОНОРМИЛ

*доксиламина суццинат*

- высокоэффективный и безопасный блокатор гистаминовых  $H_1$ -рецепторов из группы этаноламинов
- оказывает снотворное, седативное и М-холиноблокирующее действие.

# ДОНОРМИЛ

## 15 мг

увеличивает не только  
продолжительность  
улучшает кач  
но и не н  
физиологическ  
нормального сна и  
циркадные р

выраженность его  
седативного действия  
сопоставима с  
барбитуратами

единственный из снот  
препаратов, не и  
противопоказ  
относительно  
развития апноэ

отсутствуют  
привыкание и  
зависимость (не  
развивается синдром  
отмены)

применение препарата не  
сопровождается  
ухудшением когнитив  
функций

Донормил может  
применяться на  
протяжении всего  
периода  
беременности

# Лечение вегетативных нарушений во время сна. Принципы.

**Назначение  
лекарственных  
средств в течение  
суток с максимальной  
их концентрацией  
непосредственно  
перед сном**

**Регуляция  
функциональных  
состояний мозга**



**транквилизатор на ночь – снижает  
выраженность эмоционально-  
вегетативных реакций в ФБС,  
уменьшение э-в реакций в  
бодрствовании: обеспечивает  
длительное поддержание состояния  
расслабленного бодрствования**





# СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

