

Влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни пациентов с ограниченными возможностями

А. Н. Акавов¹, Е. А. Корабельникова², М. Л. Баранов³, Ю. Т. Джангильдин⁴, У. Х. Гаджиева⁴

¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Балашиха

³ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Москва

⁴ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

РЕЗЮМЕ

Цель. Изучение влияния инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни у пациентов с ограниченными возможностями.

Материалы и методы. Проведено проспективное когортное исследование с 2019 по 2022 год, в котором приняли участие 100 пациентов. В качестве клинической модели лиц с ограниченными возможностями были выбраны пациенты, перенесшие острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Пациенты были разделены на две группы: основную – 50 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и страдающие инсомнией, и группу сравнения – 50 пациентов, перенесших ОНМК, без сопутствующей инсомнии. Все пациенты были обследованы с использованием шкалы Рэнкина, опросников качества сна (Питтсбургский опросник качества сна и шкала тяжести инсомнии) и опросника качества жизни SF-36.

Результаты и выводы. Исходя из результатов исследования состояние пациентов с инсомнией было тяжелее по сравнению с состоянием пациентов без таковой, что выражалось в более низких значениях по шкалам физического и особенно психического компонента качества жизни. Дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса показал, что инсомния статистически значимо оказывает влияние на тяжесть состояния пациентов и психический компонент качества жизни. Проведенное исследование позволило доказать влияние инсомнии на тяжесть состояния пациентов и их качество жизни. Это указывает на актуальность выявления и коррекции нарушений сна в комплексном лечении пациентов с ограниченными возможностями, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, что может повысить эффективность терапии данной категории пациентов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инсомния, качество жизни, лица с ограниченными возможностями.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело финансирования.

Effect of insomnia on severity of condition and quality of life of patients with disabilities

A. N. Akavov¹, E. A. Korabel'nikova², M. L. Baranov³, Yu. T. Dzhangil'din⁴, U. Kh. Gadzhieva⁴

¹Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

³Main Military Clinical Hospital of the National Guard Forces, Balashikha, Russia

⁴A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Russia

SUMMARY

Aim. To study the effect of insomnia on the severity of the condition and quality of life in patients with disabilities.

Materials and methods. A prospective cohort study was conducted from 2019 to 2022, in which 100 patients participated. As a clinical model of persons with disabilities, patients who suffered cerebrovascular accidents were selected. The patients were divided into two groups: the main group – 50 patients who had suffered acute cerebrovascular accident and suffered from insomnia, and the comparison group – 50 patients who had suffered acute cerebrovascular accident, without concomitant insomnia. All patients were examined by the Rankin Scale, sleep quality questionnaires (Pittsburgh Sleep Quality Questionnaire and Insomnia Severity Scale) and the SF-36 Quality of Life Questionnaire.

Results and conclusions. The study made it possible to prove the influence of insomnia on the severity of patients' condition and their quality of life. This indicates the relevance of the detection and correction of sleep disorders in the complex treatment of patients with disabilities who have suffered acute cerebrovascular accident, which can increase the effectiveness of therapy for this category of patients.

KEYWORDS: insomnia, quality of life, persons with disabilities, acute cerebrovascular accident.

CONFLICT OF INTEREST. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The research has not been sponsored.

Введение

Инсомния является одной из наиболее широко распространенных проблем, с которыми сталкиваются практикующие врачи и сами пациенты [1, 2]. Несмотря на то что инсомния особенно распространена у пожилых

людей, признаки которой обнаруживаются почти у 65 % людей в возрасте 65 лет и старше, она может возникнуть в любом возрасте [3]. Пациенты с ограниченными возможностями по ряду соматических заболеваний, таких

как проблемы с дыханием, сердечно-сосудистые и неврологические заболевания, подвергаются большому риску развития инсомнии [4]. У таких пациентов существенно ухудшается самочувствие в течение дня, развиваются эмоциональные расстройства, ухудшаются когнитивные функции [5, 6]. Состояния неудовлетворенности своим состоянием, эмоционального дискомфорта приводят к тому, что у индивида формируется дезадаптивное поведение, которое проявляется не только на личностном, но и на социальном уровне, что в дальнейшем может оказывать негативное влияние и на качество жизни [7]. Этот факт констатируется многочисленными работами в этой области [8–10].

В связи с вышесказанным исследование данной проблемы имеет высокую практическую значимость, в частности, с позиции изучения дополнительных возможностей для улучшения качества жизни и работоспособности пациентов с ограниченными возможностями, каковыми является улучшения качества сна.

Целью настоящего исследования было изучение влияния инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни у пациентов с ограниченными возможностями.

Материал и методы исследования

Было проведено проспективное когортное исследование с 2019 по 2022 год, в котором приняли участие 100 пациентов. Изучали влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни у пациентов с ограниченными возможностями. В качестве клинической модели лиц с ограниченными возможностями были выбраны пациенты, перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), проходящие лечение в условиях стационара. Из общего количества вошедших в исследование пациентов были сформированы две группы. Основная – 50 пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения и страдающие инсомнией. Группу сравнения составили 50 пациентов, перенесших ОНМК, без сопутствующей инсомнии. Средний возраст пациентов составил $63,5 \pm 7,3$ года. Гендерный состав выборки был представлен 44 % женщин и 56 % мужчин. Критериями включения в основную группу были возраст от 40 до 70 лет, наличие перенесенного острого инсульта, подтвержденного методами нейровизуализации (КТ/МРТ головного мозга), наличие у пациентов III группы инвалидности по неврологической патологии (ОНМК), установленный диагноз хронической инсомнии согласно критериям третьей версии Международной классификации расстройств сна (МКРС-3). В критерии включения в группу сравнения входили критерии основной группы, за исключением наличия у пациентов инсомнии. Из исследования исключались: пациенты, принимавшие препараты, влияющие на сон, как минимум за неделю до начала исследования и на весь период исследования; злоупотреблявшие лекарственными средствами, алкоголем, наркотическими веществами в анамнезе; имеющие эндогенные психические заболевания и сопутствующие неврологические

заболевания, деменцию и выраженные органические расстройства, соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.

Дизайн исследования включал следующие группы методов: клинико-анамнестическое, лабораторное и инструментальное (нейровизуализация, полисомнография), оценка степени ограничения возможностей (шкала Рэнкина), психометрический (опросник качества жизни SF-36), оценка качества сна, а также статистический метод. Последняя осуществлялась с использованием Питтсбургского опросника качества сна PSQI, по результатам которого сумма баллов более 5 оценивается как низкое качество сна, а 5 и менее характеризует удовлетворительный сон, а также шкалы тяжести инсомнии ISI, выделяющей следующие критерии тяжести инсомнии: 0–7 баллов – норма; 8–14 баллов – легкие нарушения сна; 15–21 – умеренные; 22–28 – выраженные нарушения сна.

Статистический анализ заключался в оценке нормальности распределения количественных переменных с помощью критериев Колмогорова – Смирнова с поправкой Лиллиефорса и Шапиро – Уилка. Для описания мер центральных тенденций для количественных переменных, имеющих нормальное распределение, использовались среднее арифметическое и стандартное отклонение в виде $M \pm SD$. Для описания количественных переменных с распределением, отличным от нормального, применялись медиана и интерквартильные размахи в виде Me (25 %; 75 %). Категориальные и ранговые переменные были представлены как количество случаев – абсолютное число (n) и удельный вес – относительное число (%). Для оценки межгрупповых различий в несвязанных выборках по количественным переменным использовался критерий U Манна – Уитни. Для изучения влияния инсомнии на качество жизни и тяжесть состояния применялся дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса. С целью решения проблемы множественных сравнений и минимизации вероятности возникновения ошибок первого рода и ложных выводов о наличии различий применялась поправка Бонферрони. Уровень критической значимости p , при котором отвергалась нулевая гипотеза, был равен 0,05.

Результаты и обсуждение

Оценка степени ограничения жизнедеятельности пациентов основной группы и группы сравнения по шкале Рэнкина показала, что медиана в основной группе составила 2 (2; 3), а в контрольной – 2 (1; 2) балла. 26 % пациентов основной группы и 12 % группы сравнения имели умеренную степень нарушения жизнедеятельности, в этом случае им требовалась помощь в повседневной деятельности, однако пациенты могли ходить самостоятельно. 56 % пациентов основной группы и 60 % группы сравнения имели легкие нарушения жизнедеятельности. Пациенты этой категории в связи с перенесенным острым нарушением мозгового кровообращения теряли прежнюю способность выполнять некоторые обязанности, однако в целом могли справляться с ними без посторонней помощи. Отсутствовали существенные нарушения жизнедеятельности, несмотря на наличие

Таблица 1
Степень ограничения жизнедеятельности пациентов клинических групп по шкале Рэнкина

Опросник	Основная группа	Группа сравнения	U	Уровень р
	Me (25%; 75%)			
Шкала Рэнкина	2 (2; 3)	2 (1; 2)	885,0	0,012

Примечание: различия статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий U Манна – Уитни).

Таблица 2
Сравнительная характеристика качества сна в основной и контрольной группах по опросникам PSQI и ISI

Опросники	Основная группа	Группа сравнения	U	Уровень р
	Me (25%; 75%)			
PSQI	8 (6; 10)	5 (4; 5)	56	< 0,0001
ISI	10 (8; 14)	6 (4; 7)	11,5	< 0,0001

Примечание: Me – медиана, 25% – нижний квартиль, 75% – верхний квартиль; различия статистически значимы при $p < 0,05$ (критерий U-Манна-Уитни).

Таблица 3
Характеристика нарушений сна по семи шкалам PSQI в основной группе

Показатели PSQI	Медиана (25%; 75%)
1-й показатель	2,0 (1,0; 2,0)
2-й показатель	1,0 (1,0; 2,0)
3-й показатель	1,0 (1,0; 2,0)
4-й показатель	1,0 (1,0; 1,0)
5-й показатель	1,0 (1,0; 2,0)
6-й показатель	0,0 (0,0; 1,0)
7-й показатель	1,0 (1,0; 1,0)

головокружения, головной боли, легких парезов, нарушений чувствительности и т.д., а имеющиеся неврологические симптомы не мешали справляться со своими повседневными обязанностями в полном объеме 12 % пациентов

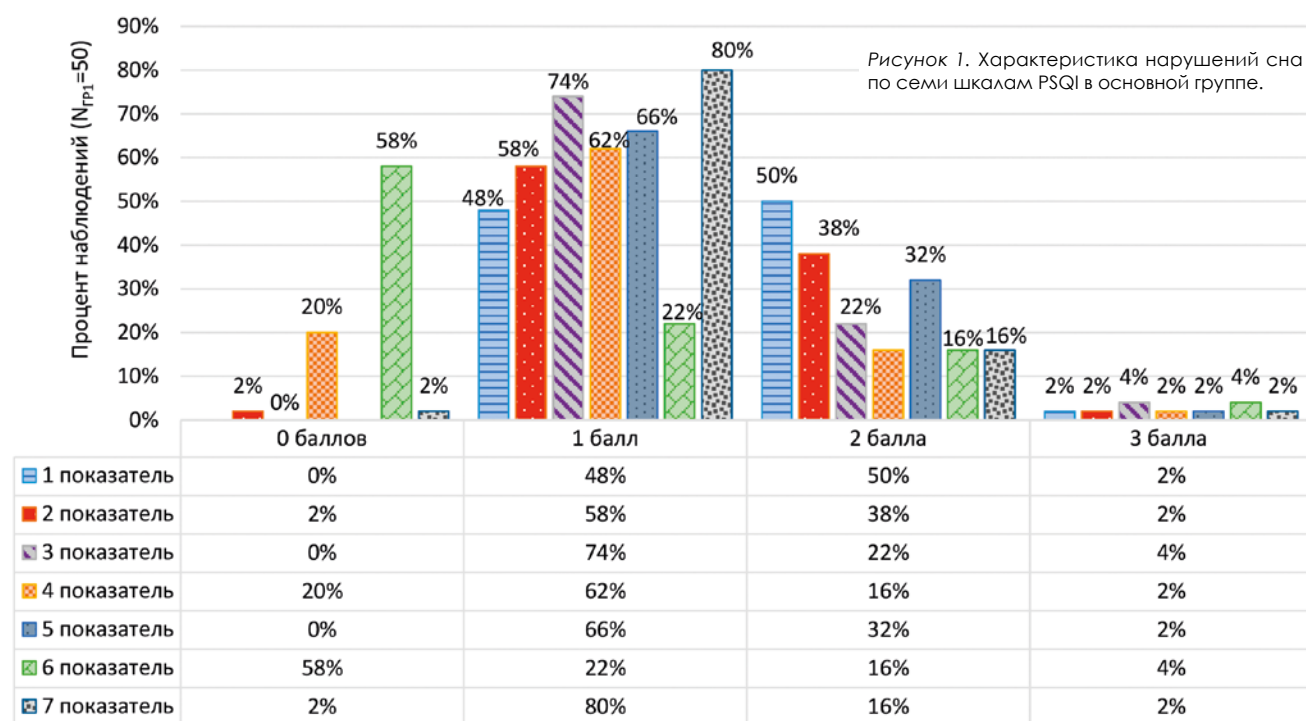
основной группы и 28 % пациентов контрольной группы. Незначительная (6 %) часть выборки основной группы имела выраженную степень нарушения жизнеспособности, выражавшуюся в неспособности ходить без посторонней помощи и справляться со своими физическими потребностями. Несмотря на равенство медиан в основной и контрольной группе по данному показателю, различия между ними были статистически значимыми ($U = 885,0; p = 0,012$), то есть тяжесть состояния в основной группе была более выраженной по сравнению с группой сравнения (табл. 1).

Для реализации цели исследования все пациенты были оценены по Питтсбургскому опроснику качества сна (PSQI) и опроснику тяжести инсомнии (ISI) (табл. 2).

Значения баллов по PSQI 8 (6; 10) в основной группе свидетельствуют о низком качестве сна. В группе сравнения все значения по опросникам PSQI и ISI находились в диапазоне нормальных значений, что соответствовало отсутствию жалоб на нарушения сна у этих пациентов. Таким образом, различия по опросникам PSQI и ISI в изучаемых группах были статистически значимы и статистически более значимо выражены в основной группе ($p < 0,0001$).

Выявленные нарушения сна в основной группе, вычисленные по семи показателям PSQI, представлены в таблице 3.

Оценка каждого показателя опросника PSQI производилась в соответствии со следующей градацией: 0 баллов по каждому компоненту соответствовало отсутствию нарушений сна, 1 балл – легким нарушениям, 2 балла – умеренным нарушениям и 3 балла – тяжелым нарушениям сна. Максимальные значения по всем показателям PSQI в 3 балла свидетельствуют о том, что часть пациентов основной группы имела тяжелые нарушения сна. Процентное соотношение пациентов, набравших то или иное количество баллов по каждому показателю PSQI, оценивая свой сон, представлено на рисунке 1.



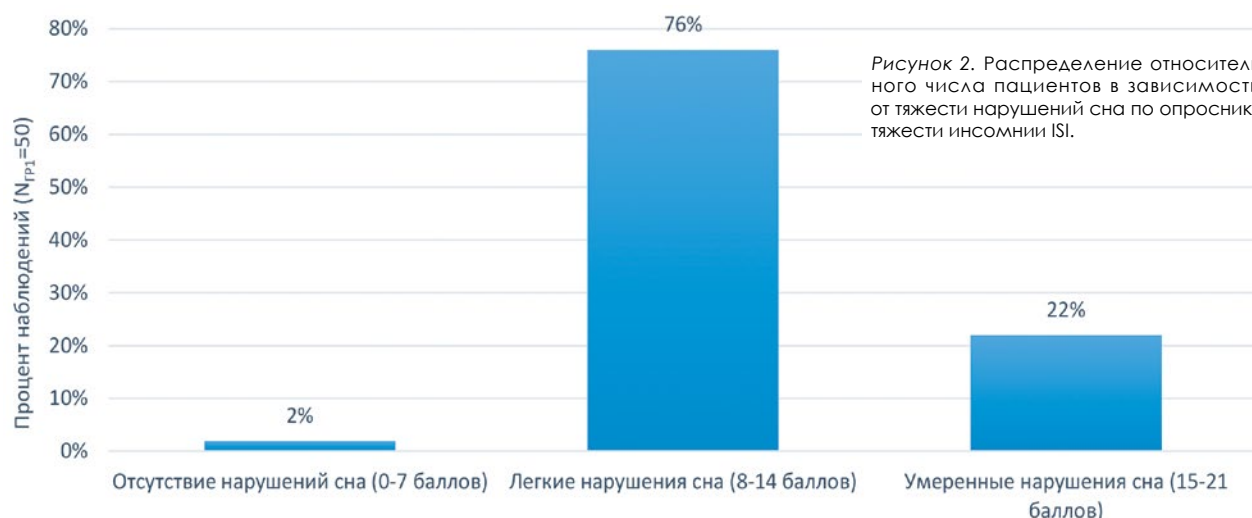


Рисунок 2. Распределение относительного числа пациентов в зависимости от тяжести нарушений сна по опроснику тяжести инсомнии ISI.

Первый показатель, свидетельствующий о том, как пациенты характеризуют свой сон за последний месяц, оценивался 48 % респондентами в 1 балл, 50 % – в 2 балла и 2 % – 3 балла.

Второй показатель складывается из двух вопросов: «Сколько времени Вам обычно требовалось, чтобы заснуть?» и «В течение прошедшего месяца как часто Вы имели проблемы со сном, из-за того, что не могли уснуть в течение 30 минут?» 58 % пациентов этот компонент оценили в 1 балл, а 38 % – в 2 балла. Лишь в 2 % случаев пациенты набирали по данному компоненту 3 балла.

Третий показатель оценивает, сколько часов в среднем пациенты спят за ночь. В 74 % случаев пациенты набирали 1 балл и в 22 % – 2 балла, 4 % – 3 балла.

Четвертый показатель оценивает отношение среднего количества часов сна за ночь ко времени, проведенному в постели. В 62 % случаев по данному показателю пациенты набирали 1 балл, в 16 % – 2 балла.

Пятый показатель предполагает ответ на вопрос о частоте проблем со сном в течение прошедшего месяца из-за: пробуждений в середине ночи или рано утром; походок в туалет; невозможности свободно дышать; громкого кашля или храпа; ощущения холода или чувства, что жарко; плохих сновидений, болей или других причин. В 66 % случаев пациенты набирали 1 балл и в 32 % случаев – 2 балла.

Шестой показатель содержит информацию о частоте приема лекарств для улучшения сна за последний месяц. По данному компоненту 58 % пациентов набирали 0 баллов и лишь в 4 % случаев – 2 балла, 1 балл – 22 %, 2 балла – 16 % пациентов.

Седьмой показатель содержит информацию о том, насколько часто за последний месяц пациентам было сложно сохранять достаточный уровень бодрствования за рулем, во время еды или общения с другими людьми, а также насколько сложно в последний месяц было сохранять достаточный настрой на выполнение обычных дел. По этому показателю 80 % пациентов набирали 1 балл, 16 % – 2 балла.

Таблица 4
Средние значения по шкалам опросника SF-36 в трех группах, баллы

Шкалы	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа	U	Уровень p
	Me (25%; 75%)				
PF	36 (33; 40)	39 (34; 42)	88 (84; 94)	$U_{1-2} = 1130,0$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 1,0000$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
RP	3 (1; 5)	3 (1; 4)	91 (84; 93)	$U_{1-2} = 1211,0$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 1,0000$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
BP	59 (50; 60)	60 (56; 62)	85 (79; 89)	$U_{1-2} = 983,5$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,1680$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
GH	43 (40; 47)	45 (40; 52)	67 (56; 73)	$U_{1-2} = 1099,0$ $U_{1-3} = 9,5$ $U_{2-3} = 92,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,8970$ $p_{adj, 1-3} = 0,0000$ $p_{adj, 2-3} = 0,0000$
VT	39 (35; 41)	40 (36; 42)	70 (59; 81)	$U_{1-2} = 1056,5$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,5430$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
SF	38 (35; 40)	40 (38; 40)	89 (85; 94)	$U_{1-2} = 984,0$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,1890$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
RE	2 (0; 3)	3 (2; 4)	68 (61; 71)	$U_{1-2} = 894,5$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,0360$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
MN	33 (26; 36)	36 (36; 40)	72 (64; 79)	$U_{1-2} = 591,0$ $U_{1-3, 2-3} = 0,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,0001$ $p_{adj, 1-3, 2-3} = 0,0000$
PHS	37 (33; 40)	38 (35; 40)	59 (52; 62)	$U_{1-2} = 1024,5$ $U_{1-3} = 0,0$ $U_{2-3} = 3,0$	$p_{adj, 1-2} = 0,3570$ $p_{adj, 1-3} = 0,0000$ $p_{adj, 2-3} = 0,0000$
MHS	31 (29; 32)	35 (32; 37)	55 (47; 62)	$U_{1-2} = 355,5$ $U_{1-3} = 0,0$ $U_{2-3} = 6,5$	$p_{adj, 1-2} = 0,0001$ $p_{adj, 1-3} = 0,0000$ $p_{adj, 2-3} = 0,0000$

Примечание: Me – медиана, 25% – нижний квартиль, 75% – верхний квартиль. Физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MN). PHS – суммарный физический компонент качества жизни, MHS – суммарный психический компонент качества жизни. Различия статистически значимы при $p < 0,05$ – выделено полужирным шрифтом (критерий U Манна – Уитни); p_{adj} – скорректированный уровень значимости p с учетом поправки Бонферрони.

Таблица 5
Влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни
(результаты дисперсионного анализа Краскела – Уоллиса)

Шкалы	Группы	Сумма рангов	Средний ранг	Критерий Краскела – Уоллиса
Шкала Рэнкина	1	2890,0	57,800	$H(1; n = 100) = 8,0137160$ $p = 0,0046$
	2	2160,0	43,200	
SF-36	PF	1	2275,5	$H(1; n = 100) = 2,9974950$ $p = 0,0834$
		2	2774,5	
	RP	1	2564,0	$H(1; n = 100) = 0,0738006$ $p = 0,7859$
		2	2486,0	
	BP	1	2704,5	$H(1; n = 100) = 1,9229880$ $p = 0,1655$
		2	2345,5	
	GH	1	2551,0	$H(1; n = 100) = 0,0333815$ $p = 0,8550$
		2	2499,0	
	VT	1	2708,5	$H(1; n = 100) = 1,6178760$ $p = 0,2034$
		2	2341,5	
	SF	1	2271,0	$H(1; n = 100) = 3,1795920$ $p = 0,0746$
		2	2779,0	
	RE	1	2169,5	$H(1; n = 100) = 6,2045960$ $p = 0,0127$
		2	2880,5	
	MH	1	1982,5	$H(1; n = 100) = 15,744150$ $p = 0,0001$
		2	3067,5	
	PHS	1	2291,0	$H(1; n = 100) = 2,6641000$ $p = 0,1026$
		2	2759,0	
	MHS	1	1554,5	$H(1; n = 100) = 45,264640$ $p = 0,0000$
		2	3495,5	

Примечание: 1 – основная группа, 2 – группа сравнения; различия между двумя группами статистически значимы при $p < 0,05$ (выделены полужирным шрифтом).

Шкала тяжести инсомнии (ISI) в основной группе показала значения 10 (8; 14) баллов с минимальным и максимальным значениями 7 и 17 баллов соответственно, что свидетельствует о том, что у пациентов данной группы наблюдались как легкие, так и умеренные нарушения сна. У 76% пациентов основной группы наблюдались легкие нарушения сна, а умеренные нарушения сна встречались у 22% пациентов (рис. 2).

Для характеристики психологического и физического аспектов качества жизни анализировались результаты опросника SF-36. В таблице 4 представлены результаты опросника SF-36 в основной группе, группе сравнения и контрольной группе.

По большинству шкал (PF, VT, SF, MH, PHS, MHS) в основной группе и группе сравнения наблюдались низкие баллы. Значения шкал RP и RE в обеих группах находились в зоне минимальных значений, определяя качество жизни как низкое. Значения шкал BP и GH в двух группах также находились в диапазоне средних значений. Различия между основной группой и группой сравнения были статистически незначимыми по всем шкалам, за исключением ряда шкал: RE ($U_{1-2} = 894,5$; $p_{adj.1-2} = 0,0360$), MH ($U_{1-2} = 591,0$; $p_{adj.1-2} = 0,0001$), MHS ($U_{1-2} = 355,5$; $p_{adj.1-2} = 0,0001$), значения которых были статистически значимо менее выражены в основной группе, чем группе сравнения, что указывало на то, что качество жизни по составляющим психический компонент качества жизни показателям было снижено больше в группе, в которой пациенты страдали сопутствующей инсомнией, в то время как влияния инсомнии на качество жизни по данным шкалам в контрольной группе не отмечалось. Наиболее низкие баллы в обеих группах наблюдались по шкалам «Ролевая деятельность» (RP) (медиана составляет 3 [1; 5] и 3 [1; 4]) и «Эмоциональное состояние» (RE), медиана которых была равна 2

(0; 3) и 3 (2; 4). Полученные данные указывают на то, что повседневная деятельность пациентов обеих групп была значительно ограничена физическим и эмоциональным состоянием. Значения шкал, представляющих психический компонент качества жизни (VT, SF, MH) находились в диапазоне низких значений, однако статистически значимые различия наблюдались только по шкале MH, снижение по которой было статистически значимо более выражено в основной группе, чем в контрольной ($U_{1-2} = 591,0$, $p_{adj.1-2} = 0,0001$). Суммарные показатели по физическому (PHS) и психическому (MHS) компонентам качества жизни составили в основной группе 37 (33; 40) и 31 (29; 32) соответственно, а в группе сравнения – 38 (35; 40) и 35 (32; 37) соответственно, что оценивалось как пониженное качество жизни.

Для более объективного сравнительного анализа приводятся данные пациентов контрольной группы (здоровые респонденты) по данному опроснику, из которых видно, что по всем шкалам наблюдались значения выше 60 баллов. При сравнении основной группы с контрольной и группы сравнения с контрольной наблюдались статистически значимые различия по всем шкалам опросника SF-36, более выраженные в основной группе и группе сравнения.

С целью оценки влияния инсомнии на тяжесть состояния пациентов и их качество жизни, а также проверки вышеприведенных вычислений был применен непараметрический аналог однофакторного дисперсионного анализа – дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса. Группирующей переменной выступала группа (основная с инсомнией и группа сравнения – без инсомнии), а зависимыми переменными были степень тяжести нарушения жизнедеятельности, а также шкалы опросника качества жизни SF-36 (табл. 5).

В результате было показано, что инсомния статистически значимо оказывает влияние на тяжесть состояния пациентов, выраженную шкалой ограничения жизнедеятельности Рэнкина, а также на психический компонент качества жизни (шкалы RE, MH и MHS).

Заключение

Таким образом, пациенты основной группы имели инсомнические нарушения, которые выявлялись с помощью опросника PSQI, оценивающего качество сна, и шкалы тяжести инсомнии ISI. По результатам данных опросников, у значительной части пациентов основной группы наблюдались легкие нарушения сна, а у пятой ее части выявлялись умеренные нарушения сна. При оценке нарушений жизнедеятельности по шкале Рэнкина состояние пациентов основной группы было более тяжелым по сравнению с состоянием пациентов группы сравнения, что выражалось в более низких значениях по шкалам физического компонента качества жизни. Особенно страдал психический компонент, различия по которому статистически значимо превосходили значения в группе сравнения. Повседневная деятельность пациентов была значительно ограничена физическим состоянием и эмоциональными нарушениями, что отражалось на шкалах RP и RE в их низких значениях. Данные шкал, представляющих психический компонент качества жизни (VT, SF, MH), находились в диапазоне пониженного качества жизни, по шкале «Эмоциональное состояние» (RE) отмечались низкие баллы, что свидетельствовало об ограничении в выполнении повседневной работы, обусловленном ухудшением эмоционального состояния. Суммарные показатели по физическому (PHS) и психическому (MHS) компонентам качества жизни свидетельствовали о снижении качества жизни в целом, более заметном и статистически значимом в основной группе. Анализ результатов опросника SF-36, полученных при сравнении основной группы и группы сравнения с контрольной, показал, что обе группы одинаково статистически значимо отличались от контрольной группы. Дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса показал, что инсомния статистически значимо оказывает влияние на тяжесть состояния пациентов и психический компонент качества жизни.

Доказанное нашим исследованием влияние инсомнии на тяжесть состояния пациентов и их качество

жизни указывает на актуальность выявления и коррекции нарушений сна в комплексном лечении пациентов с ограниченными возможностями, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, что может повысить эффективность терапии данной категории пациентов.

Список литературы / References

1. Ford E. S., Wheaton A. G., Cunningham T. J., Giles W. H., Chapman D. P., Croft J. B. Trends in outpatient visits for insomnia, sleep apnea, and prescriptions for sleep medications among US adults: Findings from the National Ambulatory Medical Care survey 1999–2010 (in English). *Sleep*. 2014; 37 (8): 1283–1293. <https://doi.org/10.5665/sleep.3914>
2. Dopheide J. A. Insomnia overview: epidemiology, pathophysiology, diagnosis and monitoring, and nonpharmacologic therapy. *Am J Manag Care*. 2020; 26 (4): 76–84. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.42769>
3. Morphy H., Dunn K. M., Lewis M., Boardman H. F., Croft P. R. Epidemiology of insomnia: A longitudinal study in a UK population. *Sleep*. 2007; 30 (3): 274–280.
4. Nunes H. J. M., Queirós P. J. P. Patient with stroke: Hospital discharge planning, functionality and quality of life. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2017; 70 (2): 415–423. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0166>
5. Taylor D. J., Mallory L. J., Lichstein K. L., Durrence H. H., Riedel B. W., Bush A. J. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. *Sleep*. 2007; 30 (2): 213–218. <https://doi.org/10.1093/sleep/30.2.213>
6. Pearson N. J., Johnson L. L., Nahin R. L. Insomnia, trouble sleeping, and complementary and alternative medicine. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166 (16): 1775–1782. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.16.1775>
7. Budhiraja R., Roth T., Hudgel D. W., Budhiraja P., Drake C. L. Prevalence and polysomnographic correlates of insomnia comorbid with medical disorders. *Sleep*. 2011; 34 (7): 859–867. <https://doi.org/10.5665/sleep.1114>
8. Shafazand S., Wallace D. M., Arheart K. L., Vargas S., Luca C. C., Moore H., Katzen H., Levin B., Singer C. Insomnia, sleep quality, and quality of life in mild to moderate parkinson's disease. *Ann. Am. Thorac. Soc*. 2017; 14: 412–419. <https://doi.org/10.1513/annalsats.201608-625oc>
9. Каерова Е. В., Шестёра А. А., Журавская Н. С., Кантур Т. А., Козина Е. А., Репина И. Б. Анализ показателей качества жизни неврологических больных в процессе физической реабилитации. Современные проблемы науки и образования. 2020; 2. <https://doi.org/10.17513/spno.29625> URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29625> (дата обращения: 17.04.2023).
10. Каерова Е. В., Шестёра А. А., Журавская Н. С., Кантур Т. А., Козина Е. А., Репина И. Б. Analysis of indicators of the quality of life of neurological patients in the process of physical rehabilitation. Modern problems of science and education. 2020; 2. <https://doi.org/10.17513/spno.29625> URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29625> (accessed 17.04.2023).
11. Бельская Г. Н., Лукьянчикова Л. В. Качество жизни больных, перенесших ишемический инсульт в вертебрально-базиллярной системе. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2013; 113 (12–2): 24–28.
12. Belskaya G. N., Lukyanchikova L. V. Quality of life in patients with ischemic stroke in the vertebrobasilar system. *Journal of Neurology and Psychiatry n.a. C. C. Korsakov*. 2013; 113 (12–2): 24–28.

Статья поступила / Received 22.04.23

Получена после рецензирования / Revised 24.04.23

Принята к публикации / Accepted 25.04.23

Сведения об авторах

Акавов Адильхан Нариманович, заочный аспирант кафедры неврологии ФПК и ППС¹. ORCID: 0000-0002-5440-5615

Корабельникова Елена Александровна, д.м.н., проф. кафедры нервных болезней². E-mail: e_korabel@mail.ru. ORCID: 0000-0003-4548-0012

Баранов Максим Леонидович, к.м.н., ст. врач-психотерапевт центра восстановительной медицины³. ORCID: 0000-0002-0534-8343

Джангильдин Юрий Тангирович, д.м.н., проф., проф. кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО⁴. ORCID: 0009-0004-3918-4334

Гаджиева Уммурайзат Хизриевна, к.м.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФДПО⁴. ORCID: 0000-0003-3342-2819

¹ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Махачкала

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), г. Балашиха

³ФГКУЗ «Главный военный клинический госпиталь войск национальной гвардии Российской Федерации», Москва

⁴ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова» Минздрава России, Москва

Автор для переписки: Баранов Максим Леонидович. E-mail: maks-med@mail.ru

Для цитирования: Акавов А. Н., Корабельникова Е. А., Баранов М. Л., Джангильдин Ю. Т., Гаджиева У. Х. Влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни пациентов с ограниченными возможностями. Медицинский алфавит. 2023; (14): 12–17. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-14-12-17>

About authors

Akavov Adilkhon N., post-graduate student of Dept of Neurology¹. ORCID: 0000-0002-5440-5615

Korabel'nikova Elena A., DM Sci (habil.), professor at Dept of Nervous Diseases of Institute for Professional Education². ORCID: 0000-0003-4548-0012

Baranov Maksim L., PhD Med, psychotherapist at Center of Rehabilitation Medicine³. ORCID: 0000-0002-0534-8343

Dzhangil'din Yuri T., DM Sci (habil.), professor, professor at Dept of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy⁴. ORCID: 0009-0004-3918-4334

Gadzhieva Ummuraizat Kh., PhD Med, associate professor at Dept of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy⁴. ORCID: 0000-0003-3342-2819

¹Dagestan State Medical University, Makhachkala, Russia

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia

³Main Military Clinical Hospital of the National Guard Forces, Balashikha, Russia

⁴A. I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Corresponding author: Baranov Maksim L. E-mail: maks-med@mail.ru

For citation: Akavov A. N., Korabel'nikova E. A., Baranov M. L., Dzhangil'din Yu. T., Gadzhieva U. Kh. Effect of insomnia on severity of condition and quality of life of patients with disabilities. *Medical alphabet*. 2023; (14): 12–17. <https://doi.org/10.33667/2078-5631-2023-14-12-17>