<https://doi.org/10.32863/1682-7392-2019-3-67-109-110>

НАРУШЕНИЯ СТРУКТУРЫ СНА У ПАЦИЕНТОВ С ЭПИЛЕПСИЕЙ

Мурзаканова Д.А.¹, Тихомирова О.В.², Прокудин М.Ю.¹, Базилевич С.Н.¹,
Дыскин Д.Е.¹, Евтухов С.И.¹

¹ВМедА им. С.М. Кирова, ²ВЦЭРМ им. А.М. Никифорова МЧС России, Санкт-Петербург

Введение. Эпилептические приступы и лечение антиэпилептическими препаратами могут влиять на структуру сна [1]. В то же время нарушения сна и дыхания во время сна могут способствовать развитию эпилептических приступов. Многие нарушения сна, такие как синдром обструктивного апноэ сна и бессонница в 2-3 раза чаще встречается у людей с эпилепсией, чем среди населения в целом [3]. Выявление и лечение расстройств сна у пациентов с эпилепсией часто улучшают контроль над приступами и качество их жизни.

Задачи исследования. Изучить современную литературу по проблеме нарушения сна при эпилепсии.

Результаты. Большинство исследований, посвященных изучению распространенности жалоб на нарушения сна у пациентов с эпилепсией основаны на опросниках, оценивающих качество сна и нейропсихологическом тестировании. Исследования на основе анкетирования показали, что дневная сонливость статистически достоверно наиболее часто встречается у людей с эпилепсией по сравнению с контрольной группой. От 18 % до 28 % пациентов с эпилепсией жаловались на дневную сонливость (шкала сонливости по Epworth [ESS] >10) по сравнению с контрольной группой, где этот показатель составил от 12 % до 17 % [4]. Помимо этого, предъявлялись жалобы характерные для инсомнии, такие как частые пробуждения, не восстанавливающий характер сна. По некоторым данным, при фокальной эпилепсии эти симптомы встречаются чаще, чем при генерализованной [1].

Несколько исследований показали, что дневная сонливость у людей с эпилепсией чаще связана с депрессией или тревогой. Депрессия и тревога встречаются чаще среди пациентов с эпилепсией, чем в здоровых контрольных группах, о чем свидетельствуют результаты шкалы депрессии Бека [5].

Кроме жалоб больных на нарушенный сон, оцениваемых при помощи разнообразных опросников, имеется также множество объективных данных по качественным и количественным изменениям структуры сна, полученных при полисомнографии.

У пациентов с эпилепсией по сравнению со здоровыми нарушенная картина сна наблюдается также и в те ночи, когда приступы отсутствуют. В частности, это касается низкой эффективности сна, частых смен стадий сна и увеличения периодов бодрствования в ночное время [1].

В более ранних исследованиях сообщалось о таких нарушениях структуры сна у пациентов с эпилепсией, как: сокращение фазы быстрых движений глаз (REM); позднее наступление REM фазы сна; увеличение времени бодрствования внутри сна, что приводит к сокращению общего времени сна и эффективности сна; увеличение числа пробуждений даже при отсутствии судорог в ночь полисомнографии [6]. Отмеченные особенности нарушенной структуры сна могут быть отчасти связаны с интериктальными разрядами. Генерализованные вспышки пик-волновой активности могут встречаться во 2 и 3 стадиях non-REM сна и связаны с K-комплексами и микропробуждениями [1].

Фаза REM-сна может быть особенно чувствительной к возникновению судорог у людей с фокальной эпилепсией. Bazil C.W. и др. показали, что процент REM-сна снизился от 18 % до 12 %, если у пациента был приступ днем, и от 16 % до 7 %, если судороги произошли во время ночного сна [7]. Ночные судороги (но не дневные) значительно снижали эффективность сна, увеличивали задержку REM стадии сна, увеличивали продолжительность I стадии, при снижении 2 и 4 стадий сна, что сопровождалось повышением дневной сонливости по шкале Epworth. При дневных приступах процент общего времени сна, проведенного в REM-сне на следующую ночь, снизился с 18 % до 12 %. Если приступ произошел ночью, уменьшение времени REM-сна было больше (7 % против 16 %) [7].

Также, сонные веретена могут иметь низкую амплитуду, быть дисморфичными, а альфа-активность может внедряться в картину фаз non-REM и REM-сна. И хотя клиническая роль подобных изменений ЭЭГ сна неизвестна, хаотическая природа этих разрядов нарушает микроархитектуру сна и, вероятно, физиологический контроль сна [1]. Обнаруживаемые нарушения структуры сна могут быть причиной субъективной и объективной сонливости, наблюдаемой у пациентов на следующий день после ночного приступа [1].

Некоторые исследования предполагают, что структура сна больше нарушена у пациентов с височной эпилепсией по сравнению с пациентами с лобной эпилепсией или генерализованными формами эпилепсии [8]. Так, Crespel и др. обнаружили, что структура сна была больше нарушена у пациентов с височной эпилепсией по сравнению с лобной. У пациентов с височной эпилепсией была снижена эффективность сна, повышено время бодрствования во сне и наблюдалось большее количество пробуждений. Эти исследователи также обнаружили, что у пациентов с височной эпилепсией часто имелись измененные сонные веретена в эпилептической гемисфере. При лобной эпилепсии сохраняется нормальная структура сна даже при наличии ночных приступов. Наличие исключительно ночных или связанных со сном гипермоторных приступов является относительно специфичным признаком аутосомно-доминантной лобной эпилепсии с ночными пароксизмами [2]. При височной эпилепсии характерно нарушения структуры сна, даже если приступы развиваются днем. [8] Указанная разница сохранялась на фоне

депривации сна и отмены противосудорожных препаратов. По данным этого исследования, архитектура сна при лобной эпилепсии не отличалась от таковой по сравнению со здоровыми лицами, если исключались отрезки записи ночных приступов. [8] Parrino L. и др. использовали в своей работе, так называемый циклический альтернирующий паттерн (ЦАП), являющийся маркером нестабильности non-REM сна. При этом К-комплексы или вспышки дельта-волн (фаза А при изучении ЦАП) часто совпадали или непосредственно предшествовали началу эпилептического приступа [1]

Некоторые исследования прослеживают связь между синдромом обструктивного апноэ сна и степенью тяжести эпилепсии. Так, группа пациентов с поздним дебютом эпилепсии и трудно контролируемой эпилепсией имели более высокий индекс апное-гипопное, чем группа с контролируемой эпилепсией. Также установлено, что появление симптомов синдрома обструктивного апноэ сна у 21 из 29 пожилых людей (средний возраст 56 лет, 86 % мужчин) совпало с увеличением частоты приступов или дебютом эпилептического статуса.

Таким образом, на сегодняшний день получены данные между особенностями нарушения сна и формами эпилепсии. Недостаточно исследований проведено для установления распространенности нарушения сна у больных эпилепсией и потенциального взаимодействия между нарушениями сна и эпилепсией. Растет интерес клиницистов и нейрофизиологов к влиянию роли нарушения сна и дыхания во сне на течение эпилепсии. Необходимы дальнейшие исследования, которые позволят учитывать выявленные нарушения сна в коррекции терапии.

Литература:

1. Хачатрян С.Г., Тунян Ю.С. Влияние эпилепсии на структуру сна // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2017. – Том 117, N 9(2) Эпилепсия. – с. 88-94. – Библиогр.: с. 93-94. – ISSN 1997-7298
2. Литвиненко И.В., Одинак М.М., Прокудин М.Ю. Клиническая оценка приступных событий по результатам ЭЭГ-видеомониторинга // Военно-медицинский журнал. – 2017. -Том 338, N 6. – с.32-39. – ISSN: 0026-9050
3. Grigg-Damberger, M. M., & Foldvary-Schaefer, N. (2015). Primary Sleep Disorders in People with Epilepsy. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 145–176. doi:10.1016/j.chc.2014.09.001
4. Piperidou C, Karlovasitou A, Triantafyllou N, et al. Influence of sleep disturbance on quality of life of patients with epilepsy. *Seizure* 2008;17(7):588–94.
5. Jenssen S, Gracely E, Mahmood T, et al. Subjective somnolence relates mainly to depression among patients in a tertiary care epilepsy center. *Epilepsy Behav* 2006;9(4):632–5.
6. Touchon J, Baldy-Moulinier M, Billiard M, et al. Sleep organization and epilepsy. *Epilepsy Res Suppl* 1991;2:73–81.
7. Bazil CW, Castro LH, Walczak TS. Reduction of rapid eye movement sleep by diurnal and nocturnal seizures in temporal lobe epilepsy. *Arch Neurol* 2000; 57(3):363–8
8. Crespel A, Baldy-Moulinier M, Coubes P. The relationship between sleep and epilepsy in frontal and temporal lobe epilepsies: practical and physiopathologic considerations. *Epilepsia* 1998;39(2):150–7.
9. Parrino L, De Paolis F, Milioli G, et al. Distinctive polysomnographic traits in nocturnal frontal lobe epilepsy. *Epilepsia*. 2012;53(7):1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2012.03502.x>
10. Manni, R., & Terzaghi, M. (2010). *Comorbidity between epilepsy and sleep disorders*. *Epilepsy Research*, 90(3), 171–177. doi:10.1016/j.eplepsyres.2010.05.006