

Неорганични инсомнии – електроенцефалографски образ, диагностично и терапевтично значение

Весела Дианова Георгиева,

Студентка по хуманна медицина VI-ти курс, Тракийски университет

Резюме:

Според отключващият фактор инсомниите биват органични и неорганични с известен превес на последните (70%). Освен диагностична стойност тези нарушения имат значение и за качеството на живот на пациента, защото нарушават функцията на централната нервна система и разстройват по разнообразни механизми динамичното равновесие на организма. Обективизирането на промените в активността на мозъчните неврони по време на сън става чрез електроенцефалография. Нарушенията на съня, възникващи при различни психични заболявания имат различен електроенцефалографски и анамнестичен “отпечатък”. Затова познаването на тези специфични особености може както да улесни поставянето на диагнозата, така и да подобри симптоматичното лечение чрез адекватно повлияване на една важна функция на ЦНС.

Ключови думи: инсомнии, органични и неорганични, електроенцефалография, психични заболявания

Въведение:

Разстройствата, свързани със заспиването и поддържането на съня се наричат инсомнии. Те имат комплексно значение, защото могат да бъдат както симптом, така и отключващ фактор. Утежняват заболяванията, които предизвикват или в хода на които се явяват. Дълго продължилото безсъние повлиява негативно както централната нервна система (понижено внимание и затруднена концентрация в следствие на дневната хиперсомния), така и вегетативната нервна система (нощна симпатикотония), ендокринната система (някои хормони се произвеждат в най-голямо количество по време на определена фаза на съня, например грелин) и имунната система – тоест трите системи,

“ангажирани” да поддържат динамичното равновесие на организма. Създават се условия за влошаване на метаболитния профил, затлъстяване, хипертония и др. Хроничната умора увеличава вероятността от възникване на трудови злополуки, допринася за депресивна нагласа и в съчетание с ежедневния стрес създава предпоставки за развитие на синдрома на изпепеляването.

Инсомниите биват органични и неорганични, според причината за възникването им. Във всяка група има множество подвидове поради разнообразната етиология. Освен това приема на определени медикаменти и психоактивни вещества също може да доведе до инсомния или да утежни протичането и (например приемът на бензодиазепини увеличава вероятността от нарушения на дишането по време на сън и следователно на пристъпи на сънна апнея, поради което в крайна сметка влошава качеството на съня на пациентите, страдащи от това заболяване).

Етиология:

По-голям е дялът на разстройствата на съня, за които органична причина липсва – 70%. Част от тях могат да бъдат идеопатични, но друга част са свързани с различни психични заболявания и синдроми. Затова е важно когато пациентите се оплакват от нарушения на съня причината (или може би причините) да се търсят внимателно и да бъдат акуратно лекувани, което неминуемо ще подобри и качествата на съня.

Обективизирането на промените в активността на мозъчните неврони по време на сън става чрез електроенцефалография. Тя е важна част от полисомнографското изследване. Електроенцефалографски се разграничават два вида сън, които се редуват неколккратно в течение на една нощ – бавновълнов сън и парадоксален сън. Бавновълновият сън и пароксизмалният сън, който следва непосредствено след него, могат да се разглеждат като две съставни части на един цикъл с продължителност около час и половина. За една нощ този цикъл се повтаря 4-5 пъти.

Диагностика и значение:

Неорганичните инсомнии често се асоциират с психични заболявания. Понякога е трудно да се определи коя е първопричината. Затварят се порочни кръгове, които постепенно водят до влошаването на състоянието на пациента

По данни на различни автори 75 до 100% от пациентите с депресия страдат от разстройства на съня. Заспиването е затруднено, а качеството на съня – по-малко, наблюдават се по-чести събуждания, които кумулирайки скъсяват продължителността на съня. Първи стадий на бавновълновият сън е удължен, а останалите стадии – скъсени. Важно е да се отбележи, че инсомнията от своя страна води до ... депресия. Тези две предпоставки затварят порочен кръг. Освен това суицидният риск при депресивни пациенти страдащи от безсъние е по-висок.

При манията – обратно – се наблюдават понижена потребност от сън и скъсена продължителност на съня, но промените в стадията на съня са аналогични с тези при депресия.

Биполярното афективно разстройство съчетава описаните при депресия и при мания нарушения на съня. Нещо повече – те са сред критериите уточняващи дали се касае за маниен епизод (намалена нужда от сън) или за депресивен епизод (хиперсомния или инсомния). Дори в еутимно състояние до 70% от пациентите споделят, че сънят им е сериозно нарушен. Разстройствата на съня се свързват и с релапси на болестта. Те могат да бъдат както продромални проявили така и отключващ фактор.

Около две трети от зависимите от алкохол страдат от инсомнии. Особено неприятна в този смисъл е тенденцията, че при безсъние някои от алкохолиците опитват да се самолечат с алкохол. Нарушенията на съня са различни.

Острото алкохолно опиянение улеснява заспиването в първата половина на нощта, увеличава продължителността на дълбокия сън и съкращава пароксизмалния сън.

Във втората половина на нощта (след като пациентът си е “отспал”) събужданията, продължителността на REM стадията и на будването се увеличават.

При хроничен алкохолизъм нараства продължителността на REM съня, а трети и четвърти стадий на пароксизмалния сън се удължават.

Страховите неврози също нарушават заспиването, водят до по-чести събуждания и намалена продължителност и качеството на съня. Втори стадий на бавновълновият сън е скъсен, а останалите му стадии – удължени.

Страховите изживявания по време на сън са по-характерни за детската възраст. Pavor nocturnus, enuresis nocturnes и буркисизма могат да се окажат единствените прояви на преживени от детето стресови и травмиращи епизоди, особено ако то е склонно да се затваря в себе си и да не споделя. Затова въпреки че често преминават без полагане на специални грижи те са чести симптоми в детската психиатрия.

И за финал две състояния, които не са заболявания, но все по-често съпътстват натовареното ежедневиe на съвременния човек.

Синдромът на изпепеляването, известен още като “burn out syndrome” често се асоциира с инсомнии. Както при депресията и алкохолизма и тук има условия за затваряне на порочен кръг – недоспиването води до намалена работоспособност, нарушено внимание и повече грешки, а това са фактори, които увеличават стреса. Стресът затруднява заспиването и нарушава качеството на съня. Затова на следващата сутрин пациентът се събужда още по-уморен и по-неспособен да се справи със стресора. В резултат може да се развие депресивно настроение и истинска депресия. Осигуряването на почивка може да прекъсне порочния кръг.

Отдавна е известно негативното влияние върху съня от извършването на интензивна умствена или физическа работа непосредствено преди лягане. Организмът има нужда от известно време, за да се пренастрои. Това е причината за затрудненото

заспиване. Освен това е намалено качеството на съня, а в някои случаи човек остава полубуден и продължава да разсъждава върху проблемите, ангажирали съзнанието му през късните часове. Инсомнии се наблюдават и при продължително използване на електронни устройства от младежи не само непосредствено преди лягане, но и по друго време на деня. Има пряка връзка между продължителността на използването на електронното устройство и скъсяването на продължителността на съня. Причините за това са комплексни и са свързани с промяната в стила и начина им на живот, с неадекватното натоварване на централната нервна система и обездвижването.

Използвана литература:

1. Маринова П. и съавт., Биполярно афективно разстройство и циркадни ритми, мединфо 2013
2. Писева Д. и съавт., Психиатрия, изд "Арсо" 2005
3. Янков и съавт., Физиология Том 3 изд."Симел" 2009
4. Balbo M et al., Impact of sleep and its disturbances on hypothalamopituitary-adrenal axis activity. Int J Endocrinology 2010
5. Peter Berlit P. et al., Klinische Neurologie, Springer 2006
6. Brand S et al., Perfectionism related to self-reported insomnia severity, but not when controlled for stress and emotion regulation., Neuropsychiatr Dis Treat. 2015
7. Brower KJ, Insomnia, alcoholism and relapse. Sleep Med Rev 2003;
8. Gregory AM, Caspi A, Eley TC, Moffitt TE, O'Connor TG, Poulton R, Prospective longitudinal associations between persistent sleep problems in childhood and anxiety and depression disorders in adulthood. J Abnorm Child Psychol 2005
9. Hiscock H. et al., Impact of a behavioural sleep intervention on symptoms and sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder, and parental mental health: randomised controlled trial., BMJ. 2015

10. Hysing M. et al., Sleep and use of electronic devices in adolescence: results from a large population-based study., *BMJ Open*. 2015
11. Léger D. et al., Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep* 2002
12. Korczak D. et al., Differential diagnostic of the burnout syndrome., *GMS Health Technol Assess*. 2010
13. Minichino A. et al., Prefronto-cerebellar transcranial direct current stimulation improves sleep quality in euthymic bipolar patients: a brief report., *Behav Neurol*. 2014
14. Ohayon MM, Roth T, What are the contributing factors for insomnia in the general population? *J Psychosom Res* 2001
15. Oliveira MT. et al., Sleep bruxism and anxiety level in children., *Braz Oral Res*. 2015
16. Paul R. et al., *Clinical Sleep Disorders*, 2005
17. Plante DT, Winkelman J, Sleep disturbance in bipolar disorder: therapeutic implications. *Am J Psychiatry* 2008
18. Work ability index, absenteeism and depression among patients with burnout syndrome., *Mater Sociomed*. 2014
19. Saletu-Zyhlarz G., Schlafstörungen aus psychiatrischer Sicht, *Neurologisch* 21012
20. Urrila AS. et al., Sleep complaints in adolescent depression: one year naturalistic follow-up study., *BMC Psychiatry* 2014