

выявлена значимая связь между различными возрастными группами и некоторыми ответами. Другие социально-демографические переменные, включая пол и уровень образования, не были связаны с показателями негативного воздействия на психическое здоровье [3].

Сравнительные данные наших исследований и литературных данных при изучении психо-эмоционального статуса у пациентов с COVID-19 показали некоторые различия в связи с тем, что Китайскими учеными анализ проводился в январе-феврале 2020 г., когда течение заболевания у пациентов протекало преимущественно в легкой форме.

В нашем исследовании проанализированы данные пациентов, находящиеся на стационарном лечении с средней и тяжелой формой COVID-19, что существенно могло повлиять на ментальный статус. Полученные нами результаты указывают на высокий риск развития ПТРС (41,3 %).

#### **Выводы**

1. У большинства пациентов с коронавирусной инфекцией средне-тяжелой формы течения, осложненной развитием пневмонии, выявлены симптомы нарушения ментального статуса и снижения качества жизни.

2. Диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства обнаружены у 41,3 % пациентов. В клинической картине у пациентов с коронавирусной инфекцией преобладали нарушение сна, постоянные мысли о заболевании, неустойчивое настроение, беспокойство за жизнь, раздражение, гнев, невозможность сконцентрировать внимание на чем-либо.

3. 34,8 % пациентов с коронавирусной инфекцией имели выраженную степень посттравматического стрессового расстройства, что указывает на значимость проблемы нарушения ментального статуса и качества жизни этих пациентов и требует проведения персонализированного лечения пациентов с учетом этой патологии.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Соловьева, Н. В. «Коронавирусный синдром»: профилактика психотравмы, вызванной COVID-19. / Н. В. Соловьева, Е. В. Макарова, И. В. Кичук. — Росс. Мед. журн. — 9. — С. 18–22.
2. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) World Health Organization Situation Report. [Electronic resours]. - Mode of access: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200305-sitrep-45-covid-19.pdf>. — Date of access 17.04.2020.
3. Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. [Electronic resours]. — Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32244498/>. — Date of access: 31 Marc h2020

**УДК 616.8-009.836-08**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ ИНСОМНИИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Курчишина А. В., Прощурович Д. А.**

**Научный руководитель: ассистент Н. Н. Смагина**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Инсомния (бессонница) представляет собой клинический синдром, который характеризуется жалобами на расстройство ночного сна и связанные с этим нарушения в период дневного бодрствования, возникающие даже когда времени и условий для сна достаточно [1, 2].

В настоящее время частота встречаемости инсомнии в популяции составляет около 10 %, а преходящие симптомы нарушения сна выявляются ориентировочно у 30–35 % людей в общей популяции. Женщины страдают инсомнией в

1,5 раза чаще мужчин. Это превалирование сохраняется во всех возрастных группах, включая детский возраст. К данному расстройству в большей степени склонны лица с низким социально-экономическим статусом, не работающие или работающие по сменному графику. Инсомния может проявиться в любом возрасте, однако чаще фиксируется у пожилых людей, в связи и наличием сопутствующих заболеваний и возрастных изменений сна [3].

Расстройства сна можно разделить на 3 группы:

1. Пресомнические, проявляющиеся трудностями засыпания, «боязнью постели», навязчивыми мыслями.

2. Интрасомнические, при которых частые ночные пробуждения затрудняют процесс засыпания.

3. Постсомнические, с ранними утренними пробуждениями, с ощущением неудовлетворённости сном, дневной сонливостью.

Сон представляет собой процесс физиологического угнетения сознания, при котором повышается активность ответственных за сон структур, к которым относятся: передний гипоталамус, таламус, ретикулярная формация нижнего отдела ствола. Происходит снижение пробуждающего действия активирующей восходящей ретикулярной формации. Различают медленный (синхронизированный медленноволновой) и быстрый (REM-сон). Быстрый сон (15–20 мин) следует за медленным (85–95 мин), после чего эти фазы взаимозаменяются. В детском возрасте по продолжительности преобладает быстрый сон, в дальнейшем — медленный.

1) быстрый сон (REM-сон) характеризуется высокой подвижностью офтальма, повышением церебрального кровотока, учащением частоты пульса и повышением тонуса симпатической иннервации.

2) медленный сон (синхронизированный медленноволновой) отличается протяженностью движений офтальма, нарастанием парасимпатической импульсации и умеренным расслаблением мышц.

В период медленного сна различают 4 стадии.

I стадия — дремота, или стадия засыпания;

II стадия — неглубокий медленный сон;

III стадия — стадия глубокого медленного сна;

IV стадия — наиболее глубокий медленный сон.

Острая бессонница длится менее 3 месяцев и обычно связана с острым стрессом. В этом случае врач может устранить его с помощью снотворного. Хроническая бессонница длится более 3 месяцев и обычно требует когнитивно-поведенческой терапии, а снотворное считается дополнительным средством [4].

### **Цель**

Изучить эффекты современных лекарственных препаратов для лечения инсомнии на амбулаторном этапе лечения в поликлиниках города Гомеля. Оценить их воздействие на сон и организм в целом. Сравнить несходство применения лекарственных средств для лиц молодого возраста от 23 до 34 лет и лиц пожилого возраста старше 60 лет.

### **Материал и методы исследования**

В работе было исследовано 40 амбулаторных карт пациентов Гомельской центральной городской поликлиники филиал №6. Из них 1 группу составили 24 пациента в возрасте от 23 до 34 лет, 2-ая группа представлена 16 пациентами старше 60 лет. Все страдали бессонницей.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Для высокоэффективной терапии инсомнии необходимо определить точные причины ее возникновения. Точного анамнеза часто бывает достаточно, чтобы определить факторы, служившие источником бессонницы. Снотворные препа-

раты также эффективны, но следует тщательно контролировать их побочные эффекты [5].

Для лечения бессонницы на первых этапах используют снотворные и успокоительные средства растительного происхождения, например, меласон, ново-пассит, настойка валерьяны, настойка уклоняющегося пиона. Данные лекарственные препараты были назначены 10 обследуемым из 2 групп (из 1 группы — 6 человек, из 2 группы — 4 человека). После короткого периода лечения у пациентов наблюдалось улучшение сна. Такие расстройства, как трудности с засыпанием и ночные пробуждения больше не беспокоили, побочных эффектов не наблюдалось.

В широкой поликлинической практике лекарственными препаратами выбора являются: производные циклопирролона (зопиклон, золпидем), трициклические антидепрессанты (амитриптилин), атипичные нейролептики (кветиапин (кетилепт)).

Зоопиклон, золпидем (производные циклопирролона) сокращают I фазу и продлевают II фазу сна, подкрепляя или продлевая стадию парадоксального (REM) сна. Зоопиклон быстро вызывает сон, не уменьшая части быстрого сна в его структуре, и потом поддерживает сон с сохранением нормального фазового состава. При длительном приёме производных циклопирролона возникает синдром отмены, физическая и психическая зависимость.

Амитриптилин (трициклический антидепрессант) сокращает I фазу и продлевает II фазу сна. У лиц в возрасте от 23 до 34 лет наблюдается перевозбуждение нервной системы, в связи с этим появляются пресомнические расстройства. Укорачивается I фаза сна, вследствие процесс засыпания происходит намного быстрее. Наблюдаются побочные эффекты со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС), гепатобилиарной системы, неврологические расстройства, поэтому назначать данный лекарственный препарат необходимо в малых дозах.

Кветиапин (кетилепт) (атипичный нейролептик) не влияет на фазы сна, но обладает седативным эффектом. Вследствие возрастных изменений в нервной системе из-за преобладания тормозных процессов, а также наличия энцефалопатий у пациентов старше 60 лет возникают постсомнические расстройства. Успокаивающее действие кетилепта удлиняет сон и исключает пробуждение раньше желаемого времени. Однако, данный лекарственный препарат также нужно назначать в малой дозировке, так как он может вызвать побочные реакции со стороны центральной нервной системы, ССС и желудочно-кишечного тракта.

По данным из амбулаторных карт 11 пациентам из 2-ух групп исследования был назначен зоопиклон. У пациентов в возрасте от 23 до 34 лет (7 человек) в процессе лечения развилась зависимость от применяемого препарата. У пациентов старше 60 лет (4 человека) зависимости не наблюдалось. Однако на фоне применения лекарственного препарата возникли жалобы на частые ночные пробуждения, после которых был затруднён процесс засыпания.

Положительный эффект от лекарственной терапии наблюдался у оставшихся 18 пациентов. 10 пациентам из I-ой группы был назначен амитриптилин в малых дозах, при этом побочных эффектов не отмечалось. После прекращения жалоб на бессонницу препарат был отменён. 8 пациентам старше 60 лет был назначен кетилепт. Побочных явлений не наблюдалось.

### **Выводы**

Перед назначением лекарственной терапии по поводу лечения инсомнии необходимо исключить, органическую патологию различных органов и систем организма, в частности печеночную энцефалопатию.

При выборе лекарственного препарата необходимо учитывать возраст пациента, его влияние на фазы сна и побочные эффекты.

По данным исследования препаратами для лечения инсомнии на первых этапах являются меласон, ново-пассит, настойка валерьяны, настойка уклоня-

ющегося пиона. В дальнейшей при отсутствии эффекта от употребления этих препаратов, пациентам молодого возраста целесообразно назначать амитриптилин в малых дозах, а пациентам старше 60 лет назначать кетилепт.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Фармакотерапия в гериатрической практике: руководство для врачей / Р. К. Кантемирова [и др.]. — Спб.: СпецЛит, 2010. — 160 с.
2. Проект клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых / М. Г. Полуэктов [и др.] // Неврология и ревматология. Приложение к журналу Consilium Medicum. — 2016. — № 2. — С. 41–51.
3. Стрыгин, К. Н. Инсомния / К. Н. Стрыгин, М. Г. Полуэктов // МС. — 2017. — № 0. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/insomniya> (дата обращения: 23.03.2021).
4. Бурчаков, Д. И. Инсомния (бессонница): причины, методы лечения и клинические ситуации / Д. И. Бурчаков, М. В. Тардов // Consilium Medicum. — 2020. — 22 (2). — Р. 75–82.
5. Buysse, DJ. Insomnia / DJ. Buysse // JAMA. — 2013 Feb 20;309(7). — P. 706–716.

**УДК 616.379-008.64-06**

**КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ У ПАЦИЕНТОВ  
С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Кухта В. В., Тарасик Е. И.**

**Научные руководители: старший преподаватель З. В. Грекова;  
к.м.н., доцент Е. Г. Малаева**

**Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь**

**Введение**

Сахарный диабет становится настоящей эпидемией. Всемирная организация здравоохранения установила, что к 2025 году пациентов с сахарным диабетом (СД) во всем мире превысит 300 млн человек [1]. Государственный регистр больных СД в Республике Беларусь отмечает 330–350 тыс. пациентов, из них 18–20 тыс. с СД 1 типа, 310–330 тыс. с СД 2 типа. Сахарный диабет 2 типа — хроническое заболевание, характеризующееся хронической гипергликемией. При отсутствии компенсации гипергликемии заболевание может значительно ограничивать жизнь пациентов вследствие развития сосудистых осложнений [2].

Частота встречаемости сопутствующей патологии при СД, по данным разных авторов, варьируется. Среди всех пациентов с СД 2 типа ИБС (ишемическая болезнь сердца) занимает первое место (встречается у 70–90 % пациентов); ИМ (инфаркт миокарда) — 35–78 %; ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) — 10–32 %; АГ (артериальная гипертензия) — 64–89 %; хроническая болезнь почек — 39–51 %; анемия — 7–10 % [3].

**Цель**

Оценить частоту и структуру встречаемости коморбидной патологии у пациентов с сахарным диабетом 2 типа.

**Материал и методы исследования**

Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с сахарным диабетом 2 типа за первое полугодие 2020 г. (n = 88), находившихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 3».

В зависимости от наличия коморбидной патологии и продолжительности СД 2 типа все пациенты были разделены на 3 группы. В первую группу вошли пациенты, длительность СД которых составила менее 5 лет — группа А (n = 7). Во вторую группу были включены пациенты с длительностью заболевания от 5 до 15 лет — группа В (n = 17). В третьей группе были пациенты с диабетом более 15 лет — группа С (n = 22).