

УДК 616.8-009:618.2

ХАРАКТЕРИСТИКА НАРУШЕНИЙ СНА У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**Кантимирова Е.А., Шнайдер Н.А., Петрова М.М., Строчкая И.Г., Дмитренко Д.В.***ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Минздрава России, e-mail: naschnaider@ya.ru*

По данным литературы от 60 до 90% беременных женщин испытывают трудности со сном в период вынашивания, особенно в третьем триместре гестации. Данное исследование показало, что распространенность нарушений сна у женщин во время беременности достигает 79%. Отмечалась тенденция к увеличению пресомнических, интрасомнических и постсомнических нарушений по мере увеличения срока гестации.

Ключевые слова: беременные женщины, инсомния, нарушения сна

CHARACTERISTICS OF SLEEP DISORDERS IN WOMEN DURING PREGNANCY**Kantimirova E.A., Shnayder N.A., Petrova M.M., Strotskaya I.G., Dmitrenko D.V.***Valentin Voyno-Yasenyetsky's Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk, e-mail: naschnaider@ya.ru*

According to the literature from 60 to 90% of pregnant women experience sleep disturbances during pregnancy, especially in the third trimester of gestation. This study showed that the prevalence of sleep disorders in women during pregnancy reaches 79%. Authors tended to increase presomnia, intrasomnia and postssomnia disturbances with increasing term of gestation.

Keywords: pregnant women, insomnia, sleep disorders

В современном мире проблема расстройств сна приобретает все большее медико-социальное значение. В настоящее время большим числом исследований показано, что хронические нарушения сна приводят к чрезмерной дневной сонливости, когнитивной дисфункции, ухудшению памяти, депрессии, дисгликемии, атеросклерозу, нарушению сердечного ритма, поддерживают хроническую воспалительную реакцию, ведут к повышению артериального давления, особенно в ночное время и др. [1, 5]. Наиболее часто нарушения сна, а именно инсомния (бессонница), встречаются у женщин. По данным ряда авторов, у женщин инсомния встречается почти в два раза чаще, чем у мужчин [9]; другими авторами показано, что риск развития инсомнии у женщин в 1,3-1,8 раз выше, чем у мужчин [7, 8]. Высокая распространенность инсомнии у женщин связывается с колебаниями уровня женских половых гормонов, особенно эстрогена и прогестерона. В связи с тем, что беременность ассоциирована с высоким уровнем прогестерона, который оказывает седативное действие на центральную нервную систему, развитие инсомнии у беременных не ожидается [2, 4]. Однако от 60 до 90% беременных женщин испытывают трудности со сном в период вынашивания, особенно в третьем триместре гестации. Основные причины инсомнии у беременных делятся на физиологические (дискомфорт, боли в спине, частое мочеиспускание,

двигательная активность плода, развитие синдрома беспокойных ног) и психологические (боязнь родов, волнение женщины в связи с изменением своего внешнего вида, необходимостью смены распорядка жизни после рождения ребенка) [3].

Цель: изучение частоты встречаемости и особенностей нарушений сна у беременных женщин на разных сроках гестации.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на базе кафедры медицинской генетики и клинической нейрофизиологии Института последипломного образования, кафедры поликлинической терапии с курсом семейной медицины последипломного образования и Университетской клиники ГБОУ ВПО КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России (Красноярск) в рамках комплексных исследований по теме № 210-16 «Эпидемиологические, генетические и нейрофизиологические аспекты заболеваний нервной системы (центральной, периферической и вегетативной) и превентивная медицина» (номер госрегистрации 0120.0807480). Проведение исследования одобрено на заседании Локального этического комитета. Нами проанкетированы беременные женщины, обратившиеся в Университетскую клинику к офтальмологу по плану диспансерных осмотров беременных в период с сентября 2014 года по январь 2015 г. Таким образом, временной срез проведенного исследования составил 4 месяца. Опрос беременных проводился по разработанной нами анкете.

Статистическая обработка базы данных проводилась согласно требованиям, предъявляемым к статистическому анализу биомедицинских данных и осуществлялась с использованием пакета прикладных программ STATISTICA v. 7.0 [StatSoft, USA], SPSS 22.0. Описательная статистика для качественных

учетных признаков представлена в виде абсолютных значений, процентных долей и их стандартной ошибкой. Вид распределения определялся с помощью критерия Шапиро – Уилкса. Данные для вариационных рядов с непараметрическим распределением представлены медианами и квартилями (Me [Q25 : Q75]), для сравнения параметрических (количество нормально распределённых признаков) данных в группах наблюдения применяли t-критерий Стьюдента и Фишера. В качестве характеристики границ ожидаемых отклонений рассчитывался 95% ДИ. Межгрупповое сравнение значимости, при непараметрическом распределении, связанных клинических и параклинических параметров проводилось с помощью парного критерия Уилкоксона, а при несвязных выборках – критерия Манна-Уитни. Критический уровень значимости тестов определен при $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Общая выборка составила 143 беременные женщины в возрасте от 18 до 43 лет, медиана возраста – 28 [24 : 31] лет. Распределение женщин по возрасту было нормальным (рис. 1).

(14-27 недели гестации), 38/143 (26,5±3,6%) женщин в возрасте от 18 лет до 41 лет (медиана возраста – 28 [23 : 34] лет). 3 группа – 3 триместр беременности (более 28 недель гестации), 41/143 (28,6±3,7%) женщины в возрасте от 18 лет до 37 лет (медиана возраста – 28 [25 : 31] лет).

Распределение по социальному статусу в первой группе было следующим: состояла в зарегистрированном браке 32/64 (50±6,3%) женщины, в гражданском браке – 22/64 (34,4±5,9%), была одинока – 10/64 (15,6±4,5%). Во второй группе: состояла в зарегистрированном браке 23/38 (60,5±7,9%) женщины, в гражданском браке – 14/38 (36,8±7,8%), была одинока – 1/38 (2,6±2,6%). В третьей группе: состояла в зарегистрированном браке 31/41 (75,6±6,7%) женщины, в гражданском браке – 7/41 (17±5,9%), была одинока – 3/41 (7,3±4%). Образование на момент заполнения анкеты: 1 группа – 3/64 (4,7±2,6%) женщины имели среднее

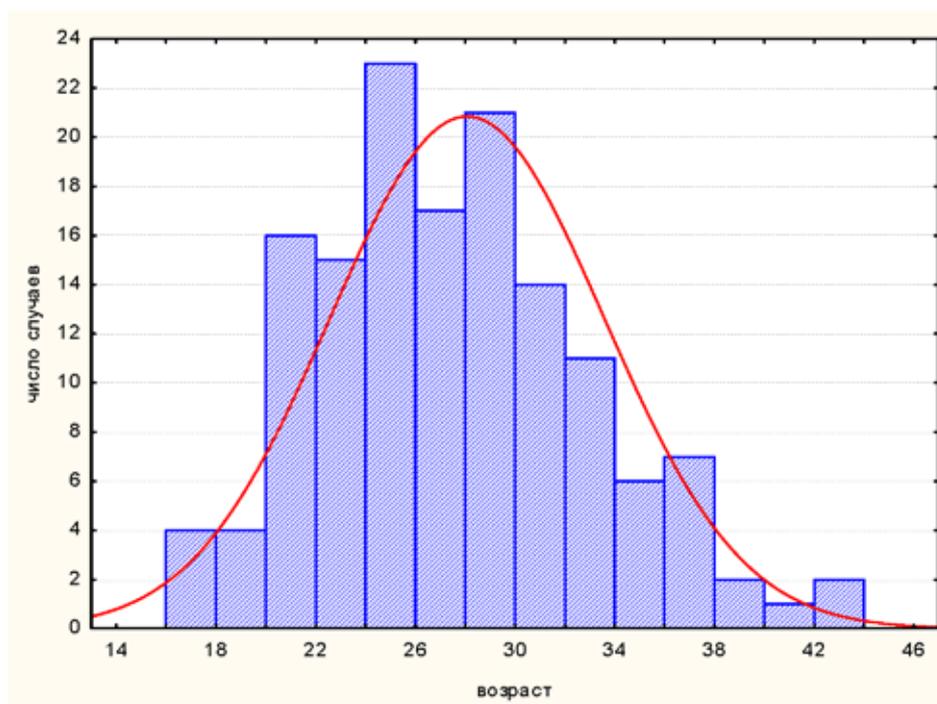


Рис. 1. Гистограмма распределения наблюдаемых беременных женщин по возрасту

Все беременные были рандомизированы нами в три группы наблюдения в зависимости от срока беременности. 1 группа – 1 триместр беременности (1-13 недели гестации), 64/143 (44,7±4,1%) женщины в возрасте от 19 лет до 43 лет (медиана возраста – 27 [23 : 31] лет). 2 группа – 2 триместр беременности

образование, 24/64 (37,5±6%) – средне-специальное, 37/64 (57,8±6,1%) – высшее; 2 группа – 2/38 (5,3±3,6%) женщины имели среднее образование, 10/38 (26,3±7,1%) – средне-специальное, 22/38 (57,9±8%) – высшее, 4/38 (10,5±4,9%) – женщина не указала сведения об образовании; 3 группа

–4/41(9,7±4,6%) женщины имели среднее образование, 6/41 (14,6±5,5%) – средне-специальное, 30/41 (73,2±6,9%) – высшее, 1/41 (2,4±2,4%) – не указала сведения об образовании.

Работа по специальности: 1 группа – 39/64 (60,9±6%) женщин не работало по специальности, 25/64 (39±6%) – работали; 2 группа – 21/38 (55,2±8%) женщина не работала по специальности, 13/38 (34,2±7,7%) – работало, 4/38 (10,5±4,9%) женщины не ответило на вопрос; 3 группа – 21/41 (51,2±7,8%) женщины не работало по специальности, 19/41 (46,3±7,8%) – работают, 1/41(2,4±2,4%) – женщина не ответила на вопрос. Таким образом портрет женщины, принимавшей участие в анкетировании, был следующим: это женщина 28 лет, состоящая в зарегистрированном браке, имеющая средне-специальное образование, но не работающая по специальности.

рушения в виде сложностей с засыпанием (20,3±3,36% случаев).

Анализ полученных данных в зависимости от срока гестации показал, что в первом и втором триместрах беременности также лидировали дневная сонливость (84,4±4,5% и 81,6±6,3% случаев соответственно), преимущественно легкой степени, ночные пробуждения (70,3±5,7% и 76,3±6,9% случаев соответственно), преимущественно для посещения туалета, а также пресомнические нарушения в виде сложностей с засыпанием (20,3±5,0% и 21±6,6% случаев соответственно) без статистически значимых групповых различий.

В третьем триместре беременности женщины чаще отмечали ночные пробуждения (87,8±5,1%), причиной которых практически в равной степени были необходимость посещения туалета (50±8,3%) и неудобное положение в постели (44,4±8,3%). Отмечалось увеличение выраженности дневной

Структура нарушений сна и дневного самочувствия у беременных

Нарушения сна	Общая выборка Абс. (%) N=143	1 группа Абс. (%) N ₁ =64	2 группа Абс. (%) N ₂ =38	3 группа Абс. (%) N ₃ =41
Длительность ночного сна < 6 часов	7 (4,9±1,8%)	4 (6,2±2,0%)	-	3 (7,3±4,0%)
Сложности с засыпанием	29 (20,3±3,36%)	13 (20,3±5,0%)	8 (21±6,6%)	8 (19,5±6,2%)
Поверхностный сон	16 (11,1±2,6%)	4 (6,2±5%)	4 (10,5±4,9%)	8 (19,5±6,2%)
Ночные пробуждения, в том числе:	110 (76,9±3,5%)	45 (70,3±5,7%)	29 (76,3±6,9%)	36 (87,8±5,1%)
– поход в туалет	74 (67,3±4,4%)	34 (75,6±6,4%)	22 (75,8±7,9%)	18 (50±8,3%)
– неудобное положение тела в постели	22 (20±3,8%)	3 (6,7±3,7%)	3 (10,3±5,6%)	16 (44,4±8,3%)
– причина неизвестна	14 (12,7±3,1%)	8 (17,8±5,6%)	4 (13,8±6,4%)	2 (5,6±3,8%)
Беспокойство в ногах	39 (27,3±3,7%)	16 (25±5,4%)	6 (15,8±5,9%)	17 (41,5±7,7%)
Дневная сонливость, в том числе:	113 (79±3,4%)	54 (84,4±4,5%)	31 (81,6±6,3%)	28 (68,3±7,3%)
– легкая	62 (54,9±4,7%)	28 (51,8±6,7%)	21 (67,4±8,4%)	13 (46,4±9,4%)
– умеренная	39 (34,5±4,5%)	16 (29,6±6,2%)	10 (32,3±8,4%)	13 (46,4±9,4%)
– выраженная	12 (10,6±2,8%)	10 (18,5±5,2%)	-	2 (7,1±7,9%)
Храп, в том числе:	27 (18,9±3,3%)	11 (17,2±4,7%)	9 (23,7±6,9%)	7 (17±5,9%)
– легкий	13 (48,2±9,6%)	7 (63,6±14,5%)	4 (44,4±16,6%)	2 (28,6±17%)
– умеренный	5 (18,5±7,5%)	1 (9±8,6%)	1 (11,1±10,4%)	3 (42,8±18,7%)
– выраженный	2 (7,4±5%)	1 (9±8,6%)	-	1 (14,3±13,2%)
– затруднялись ответить	7 (25,9±8,4%)	2 (18,2±11,6%)	4 (44,4±16,6%)	1 (14,3±13,2%)

Анализ полученных данных в общей выборке показал (таблица), что в структуре нарушений сна и дневного самочувствия у беременных женщин лидировали дневная сонливость (79±3,4%), преимущественно легкой степени, ночные пробуждения (76,9±3,5%), преимущественно для посещения туалета, а также пресомнические на-

сонливости (68,3±7,3%), с равным преобладанием легкой и умеренной степени (по 46,4±9,4%). Практически половина женщин этой группы отмечала беспокойство в ногах (41,5±7,7%) во время сна, что также являлось причиной неудовлетворительного ночного сна. Нами отмечено, что нарушения дыхания во время ночного сна отмеча-

ли $18,9 \pm 3,3\%$ женщин, при этом в третьем триместре беременности отмечалось нарастание степени выраженности храпа до умеренной – $42,8 \pm 18,7\%$ случаев. Полученные данные частично согласуются с данными, полученными японскими исследователями в 2014 г. [6].

Выводы. Данное исследование показало, что распространенность нарушений сна у женщин во время беременности достигает 79%. Отмечалась тенденция к увеличению пресомнических, интрасомнических и постсомнических нарушений по мере увеличения срока гестации. Хотя большинство беременных женщин «мирятся» с проблемами сна, тем не менее, все чаще обнаруживаются отрицательные последствия дефицита сна на психическое и физическое здоровье. Особенно важно уделять внимание нарушениям дыхания во время сна, так как они могут сопровождаться эпизодами десатурации и приводить к ночной гипоксемии не только у матери, но и у плода. Также необходимо диагностировать синдром беспокойных ног у беременных, так как в большинстве случаев причиной этого состояния является скрытый дефицит железа и фолиевой кислоты, что может увеличивать риск врожденных пороков развития плода. Врачам первичного звена здравоохранения необходимо своевременно выявлять и корректировать нарушения сна у беременных женщин, что

позволит улучшить качество жизни и снизить негативные влияния на организм женщины и плода.

Авторы благодарят офтальмологов Университетской клиники КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого к.м.н. Е.Ю. Чешейко и А.С. Ольшанскую за помощь в проведении анкетирования.

Список литературы

1. Барбараш О.Л. Нарушения сна и функция эндотелия у больных гипертонической болезнью / О.Л. Барбараш, Н.Н. Тришкина [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – Т. 52. – №4. – С. 60-64.
2. Кантимирова Е.А. Нарушения сна у женщин / Е.А. Кантимирова, Н.А. Шнайдер [и др.] // Проблемы женского здоровья. – 2014. – Т. 9. – №4. – С. 57-62.
3. Krystal A.D. Insomnia in women // Clin Cornerstone. – 2003. – V. 5. – P. 41-8.
4. Moline M.L., Broch L., Zak R. et al. Sleep in women across the life cycle from adulthood through menopause. Sleep Med Rev. 2003; 7: 155-77.
5. Mullington J.N., Haack M., Toth M. et al. Cardiovascular, inflammatory and metabolic consequences of sleep deprivation // Prog. Cardiovasc. diseases. – 2009. – V. 51. – P. 294-302.
6. Nakagome S., Kaneita Y., Itani O. et al. Excessive daytime sleepiness among pregnant women: An epidemiological study // Sleep and Biological Rhythms. – 2014. – V. 12. – P. 12-21.
7. Ohayon M. Epidemiological study on insomnia in the general population // Sleep. – 1996. – V. 19(3). – P. 7-15.
8. Ohayon M. Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn // Sleep Medicine Reviews. – 2002. – V. 6. – P. 97-111.
9. Zhang B., Wing Y.K. Sex differences in insomnia: a meta-analysis // Sleep. – 2006. – V. 29. – P. 85-93.