

**АКАВОВ АДильХАН НАРИМАНОВИЧ**

**КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНСОМНИИ И ЕЕ  
ВЛИЯНИЕ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПОСТИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ С  
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

5.3.6. Медицинская психология (медицинские науки)

3.1.24. Неврология (медицинские науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Научные руководители:**

доктор медицинских наук

**Корабельникова Елена Александровна**

кандидат медицинских наук,

доцент

**Умаханова Зоя Рашидовна**

**Официальные оппоненты:**

**Николаев Евгений Львович** – доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Чувашский государственный университет имени И.Н. Ульянова» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, кафедра социальной и клинической психологии факультета управления и социальных технологий, заведующий кафедрой

**Акарачкова Елена Сергеевна** – доктор медицинских наук, автономная некоммерческая организация «Международное общество по изучению и эффективному контролю стресса и связанных с ним расстройств», президент международного общества «Стресс под контролем»

**Ведущая организация:**

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится « 18 » декабря 2024 г. в 11 часов на заседании диссертационного совета 21.2.016.09 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, по адресу: 115419, г. Москва, ул. Донская д. 43.

Почтовый адрес: 127006, г. Москва, ул. Долгоруковская, д. 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России (127206, г. Москва, ул. Вучетича, д.10, стр. 2) и на сайте <https://dissov.msmsu-portal.ru>

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 года

Ученый секретарь

диссертационного совета 21.2.016.09,

кандидат медицинских наук,

доцент

**Гаджиева Уммурайзат Хизриевна**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность и степень разработанности темы исследования

Актуальность исследования инсомнии определяется высокой распространенностью данного клинического синдрома среди различных популяций. Инсомния проявляется в нарушениях инициирования и/или поддержания сна, что, в свою очередь, приводит к трудностям в функционировании, снижению трудоспособности и социальной изоляции (Burne E.M., 2019). Эти симптомы могут значительно ухудшать качество жизни пациентов и создавать дополнительную нагрузку на систему здравоохранения.

Существуют многочисленные исследования, подтверждающие, что инсомния часто коморбидна с тревожно-депрессивными расстройствами, а также с соматическими и неврологическими заболеваниями (Головатюк А.О., Кочетков А.И., Остроумова Т.М., Остроумова О.Д., Полуэктов М.Г., 2023; Rosenberg R.P., et al., 2023). Это факт усложняет клиническую картину заболевания, требующую интегративного подхода к диагностике и лечению. Исследования показывают, что пациенты с инсомнией имеют более высокий риск развития, стабилизации и хронизации как соматических, так и психических расстройств. Соответственно, адекватное лечение инсомнии не только улучшает состояние здоровья, но и значительно повышает качество жизни таких пациентов (Shaha D.P., 2023).

Среди различных категорий пациентов особую группу риска для развития инсомнии составляют лица с ограниченными возможностями. По результатам множества исследований было установлено, что более половины таких пациентов испытывают эмоциональные расстройства и демонстрируют низкий уровень субъективного благополучия. Эти факторы влияют на формирование инсомнии и усложняют ее лечение, подчеркивая необходимость целенаправленных исследований в данной области (Burne E.M., 2019).

Одной из основных причин смертности и инвалидизации является острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), которое, как показывает практика, часто сопровождается инсомнией (Бочкарев М.В., Коростовцева Л.С., Медведева Е.А. и др., 2019). Статистические данные свидетельствуют, что инвалидность после инсульта достигает 3,2 случаев на 10 000 человек, и инсульт занимает первое место среди других причин первичной инвалидности. Это стрессовое событие значительно меняет

повседневную жизнь пациента, способствуя возникновению различных ограничений и нарушений.

Таким образом, проблема инсомнии у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями остается актуальной и требует дальнейшего изучения для разработки более эффективных методов диагностики и терапии. Результаты таких исследований могут иметь значительное влияние на клиническую практику и организацию здравоохранения в целом.

### **Цель исследования**

Изучение клинико-психологической значимости инсомнии, ее влияния на качество жизни, а также роли ее коррекции в комплексной реабилитации постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

### **Задачи исследования**

1. Определить распространенность и характер проявления инсомнии у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.
2. Дать оценку влияния инсомнии на характер и тяжесть клинических проявлений заболевания.
3. Показать влияние инсомнии на эмоциональное состояние постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.
4. Оценить зависимость качества жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями от наличия и степени выраженности инсомнии.
5. Изучить влияние инсомнии на характер проявления механизмов совладания со стрессом у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.
6. Оценить уровень самооценки и самоуважения у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями в зависимости от наличия-отсутствия инсомнии.
7. Показать влияние коррекции нарушений сна на тяжесть состояния, эмоциональную сферу и качество жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

### **Научная новизна исследования**

Впервые изучен вопрос распространенности и характер проявлений инсомнии у лиц с ограниченными возможностями на клинической модели пациентов, перенесших в анамнезе острое нарушение мозгового кровообращения. Проведенное исследование позволило оценить масштаб влияния инсомнии на различные аспекты состояния,

включая степень выраженности клинических симптомов, качество жизни, и, особенно, на психическую сферу, в частности, эмоциональное состояние и копинг-стратегии. Все это позволило оценить значимость мероприятий по улучшению качества сна как дополнительного ресурса для улучшения качества жизни данной категории пациентов, которому до настоящего времени не уделялось должного внимания. Впервые поставлен вопрос о необходимости включения мероприятий по улучшению качества сна в комплексную программу реабилитации постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

Исследование вносит вклад в изучение предпосылок и механизмов нарушений сна у лиц с ограниченными возможностями, что позволит расширить спектр мероприятий по профилактике нарушений сна у данной группы пациентов.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Диссертационная работа позволила оценить влияние инсомнии на характер и тяжесть клинических проявлений заболевания, а также на эмоциональное состояние и адаптивные способности постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

Произведена оценка влияния наличия инсомнии и степени ее выраженности на качество жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями, в частности, физические и эмоциональные компоненты субъективного благополучия, трудоспособность и самооценку. Показана роль коррекции нарушений сна для улучшения физического, эмоционального состояния и качества жизни у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями, которая, следовательно, может способствовать более эффективному проведению лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий у данной категории пациентов.

Разработаны рекомендации по диагностике и коррекции инсомнии у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями, которые внедрены в практическую деятельность неврологических отделений лечебных учреждений, клиник и амбулаторно-поликлинического звена.

### **Положения, выносимые на защиту**

1. Инсомния широко распространена у постинсультных пациентов с ограниченными возможностями;

2. Инсомния оказывает влияние на характер и тяжесть клинических проявлений заболевания, эмоциональное состояние и качество жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями;

3. Качество жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями зависит от наличия и степени выраженности инсомнии;

4. Коррекция нарушений сна позитивно влияет на физическое состояние, эмоциональную сферу и качество жизни постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

### **Внедрение результатов исследования в практику**

Результаты диссертационной работы внедрены и используются в практике лечебной работы ГБУ РД «Республиканская клиническая больница скорой медицинской помощи», ГБУ РД «Городская клиническая больница», а также в учебной деятельности на кафедре неврологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

### **Степень достоверности и апробация результатов**

Достоверность результатов диссертационной работы подтверждается использованием объективных научных методов, проспективным наблюдением, достаточным количеством включенных в исследование постинсультных пациентов с ограниченными возможностями ( $n=100$ ), длительностью наблюдения, статистической обработкой полученных данных. Соискателем использованы объективные, современные и разнообразные методики; получен объем данных, позволивший получить статистически значимые результаты. Проведенный объем исследования в полной мере достаточен для обоснования полученных результатов, выводов и рекомендаций.

Основные положения, изложенные в диссертации, были доложены на российских и международных конференциях: на VII Всероссийской научно-практической конференции «Клиническая сомнология» (Москва, 2023); на IV Международной научно-практической конференции «Приверженность вопросам психического здоровья» (Москва, 2023); на Всероссийском конгрессе с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире» (Москва, 2024).

## **Личный вклад автора**

Автор, являясь ответственным исполнителем, лично участвовал в разработке дизайна и осуществлении программы исследования, а также в оценке эффективности проведенного лечения. Автором самостоятельно выполнено неврологическое, клинико-психологическое, психометрическое обследование пациентов; проведен курс фармакотерапии основного заболевания и инсомнии. Самостоятельно проанализированы клинические, психометрические данные и их динамика в процессе наблюдения; проведена статистическая обработка результатов исследования.

## **Публикации**

По результатам диссертационного исследования автором опубликовано 8 печатных работ, в том числе: научных статей в журналах, включенных в Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук – 5 (из них статей в изданиях, индексируемых в международной базе Scopus – 2); публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций – 3.

## **Объем и структура работы**

Диссертационная работа изложена на 147 страницах машинописного текста и состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Список литературы содержит 189 источников (58 отечественных и 131 иностранных). Работа иллюстрирована 17 рисунками и 28 таблицами.

## **СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

### **Материал и методы исследования**

Проводилось проспективное когортное исследование 100 пациентов на базе ГБУ РД Республиканской клинической больницы в период с 2019 по 2022 гг., средний возраст  $65,07 \pm 9,12$  лет. В качестве клинической модели лиц с ограниченными возможностями были выбраны пациенты, перенесшие в анамнезе (от 4 месяцев до 2 лет назад) острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), и проходящие плановое лечение в условиях стационара. Всего было обследовано 100 пациентов, которые были распределены в две группы: основную группу составили 50 пациентов, перенесшие ОНМК и страдающие инсомнией, в группу сравнения вошли 50 пациентов, перенесших ОНМК, без инсомнии. Кроме того, была сформирована контрольная группа, в которую

вошли 40 респондентов без признаков органического поражения ЦНС, психической патологии и соматических заболеваний в стадии обострения и инсомнии.

### **Методы исследования**

**1. Клинико-anamnestическое исследование** с оценкой соматического и неврологического статуса, включая шкалу MMSE для оценки высших мозговых функций.

**2. Лабораторные методы исследования:** общий клинический анализ крови; биохимический анализ крови (глюкоза, общий белок, альбумин, мочеви́на, креатинин, общий и связанный билирубин, АСТ, АЛТ, калий, натрий хлор); исследование кислотно-щелочного состояния, коагулограмма, общий анализ мочи; электрокардиография в 12-ти отведениях.

**3. Нейровизуализация** (КТ, МРТ) для оценки локализации и объема очага инсульта, наличия очагов глиозных изменений.

**4. Психометрический метод.** Для оценки эмоциональной сферы, копинг-стратегий, качества сна, качества жизни использовались следующие психодиагностические инструменты:

1) *Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS* (Zigmond A.S. и Snaith R.P., 1983) предназначена для скринингового выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара.

2) *Опросник копинг-стратегий* (Heim E., 1988, адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, под руководством д.м.н., профессора Вассермана Л.И., 2009). Данный опросник позволяет оценить варианты копинг-стратегий в структуре поведенческого репертуара человека в соответствии с тремя основными сферами психики: когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты, а также определить их адаптивность.

### **5. Исследование качества сна.**

1) *Питтсбургский опросник качества сна* (PSQI, Buysse D.J., 1989, перевод на русский язык: Семенова Е.А., Даниленко К.В., 2009). PSQI состоит из 19 вопросов, которые суммируются в 7 «компонентов»: субъективное качество, латентность, длительность, эффективность, прерывистость сна, использование лекарств, которые помогают уснуть, а также сонливость в дневное время.

2) *Шкала тяжести инсомнии* (Morin С.М. (1993), перевод и адаптация Даниленко К.В., 2011). Русскоязычная версия прошла апробацию, была показана ее достаточная надежность (альфа Кронбаха 0,77) как в контрольной, так и в клинической группах, а также внешняя и критериальная валидность. Данная шкала позволяет с высокой точностью выявлять симптомы инсомнии в популяции.

#### **6. Оценка качества жизни.**

1) *Краткая форма оценки здоровья MOS SF-36* (русскоязычная версия опросника SF-36 валидизирована межнациональным центром исследования качества жизни г. Санкт-Петербурга, 1998). 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал: физическое функционирование (PF), ролевая деятельность (RP), телесная боль (BP), общее здоровье (GH), жизнеспособность (VT), социальное функционирование (SF), эмоциональное состояние (RE) и психическое здоровье (MH). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие.

2) *Шкала самоуважения Розенберга* – личностный опросник для измерения уровня самоуважения. Опросник состоит из 10 суждений, на каждое из которых предлагается четыре градации ответов, кодируемых в баллах по предложенной схеме. За каждый ответ испытуемого начисляются баллы в соответствии с ключом. Уровень самоуважения равен сумме баллов, полученной испытуемым.

3) *Шкала субъективного благополучия Perrudet-Badoux-Mendelsohn-Chiche* (ШСБ) (была адаптирована на русский язык М.В. Соколовой (1996) в НПЦ «Психодиагностика» Ярославского государственного университета) прошла всю процедуру адаптации и психометрической проверки на русскоязычной выборке, включая стандартизацию результатов. Является скрининговым психодиагностическим инструментом, позволяющим измерять эмоциональный компонент субъективного благополучия. Методика оценивает качество эмоциональных переживаний субъекта в диапазоне от оптимизма, бодрости и уверенности в себе до подавленности, раздражительности и ощущения одиночества. Дифференцировка пунктов по шести кластерам позволяет проводить наряду с количественным, качественный анализ ответов испытуемого.

7. *Модифицированная шкала Рэнкина* – МШР (The Modified Rankin Scale, MRS; валидация модифицированной шкалы Рэнкина в России проводилась коллективом авторов Супоневой Н.А. и др., 2018). Использование МШР позволяет объективно

оценить динамику симптомов и функциональных нарушений, а также эффективность реабилитационных мероприятий. Кроме того, с помощью данной шкалы оценивается эффект реабилитационных мероприятий у больных с нарушением мозгового кровообращения и осуществляется маршрутизация пациентов с одного этапа реабилитации на другой.

**8. Шкала нарушения трудоспособности Шихана (Sheehan Disability Scale, SDS, Sheehan D., 1983)** состоит из трех визуально-аналоговых субшкал: работа/учеба, общение и семейная жизнь, домашние обязанности. Пациентам предлагается самостоятельно оценить степень нарушений или затруднений, которые имеются в этих областях их жизни по шкале от 0 до 10.

Все пациенты клинических групп получали терапию в соответствии со стандартами лечения последствий острых нарушений мозгового кровообращения, регламентированными клиническими рекомендациями. В соответствии с видами применяемой иерархии основная группа (n=50) была разделена на две подгруппы. Основная подгруппа 1 (ОГ<sub>1</sub>, 26 (52%) человек), получали в составе комплексной терапии курс краткосрочной (5 сеансов) когнитивно-поведенческой терапии инсомнии (КПТ-И). Вторая подгруппа основной группы пациентов (ОГ<sub>2</sub>) – 24 человека, получавшие только стандартное лечение. Группа сравнения (ГС, 50 человек) и часть пациентов основной группы (24 (48%) человека) также получали только стандартное лечение основного заболевания. По окончании курса лечения пациенты прошли повторное обследование, после чего проводился сравнительный анализ клинических групп.

**Статистический анализ** данных осуществлялся с помощью пакета программ STATISTICA 12.0, а также программы Microsoft Office Excel 2019. Оценивалась нормальность распределения количественных переменных (критерии Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка). Меры центральных тенденций количественных переменных описывались как медиана и интерквартильные размахи в виде Me (25%; 75%). Категориальные и ранговые переменные представлены абсолютным числом (N) и удельным весом – относительным числом (%). При анализе данных использовались методы непараметрической статистики (оценка межгрупповых различий по количественным переменным в зависимых выборках – критерий Уилкоксона; различий между независимыми группами по качественным переменным – построение таблиц сопряженности, таблиц кросстабуляции и применения критерия  $\chi^2$ -Пирсона; различий

между зависимыми группами по качественным переменным, а также сравнение долей участников исследования с наличием фактора риска до вмешательства и после него – критерий Мак-Немара; межгрупповых различий в несвязанных выборках по количественным переменным – критерий U-Манна-Уитни). Для изучения силы и направленности связей использовался коэффициент корреляции Спирмена. Уровень критической значимости  $\alpha$ , при котором отвергалась нулевая гипотеза был равен 0,05.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Средний возраст выборки пациентов (N=100) составил –  $65,07 \pm 9,12$  лет. Изучаемые группы были сопоставимы по полу, возрасту и большинству клинико-психологических показателей применяемых опросников.

Ведущим клиническим синдромом у пациентов основной группы и группы сравнения (n=100) был центральный парез конечностей, проявлявшийся слабостью в правой или левой верхней или нижней конечностях, встречающийся у 88% пациентов. Нарушения чувствительности в виде гемигипестезии выявлялись у 76% пациентов. Вестибуло-атактический синдром проявлялся у 58%. Речевые нарушения в виде дизартрии и афазии обнаруживались у 34%. Цефалгический синдром выявлялся у 35% пациентов. Зрительные нарушения в форме гемианопсии наблюдали у 12% пациентов. Бульбарный и псевдобульбарный синдром выявлялся у 14% обследуемых в виде насильственного плача и дисфонии. Исходя из полученных данных наиболее частыми клиническими проявлениями у пациентов были двигательные нарушения, при этом центральный левосторонний гемипарез выявлялся 30% пациентов, а правосторонний – у 48% (Таблицы 1-2).

У пациентов основной группы (n=50) левосторонний гемипарез выявлялся у 28%, правосторонний – у 44%. В группе сравнения (n=50) левосторонний гемипарез обнаруживали у 20%, правосторонний – у 46% пациентов. Различия в долях пациентов с двигательными нарушениями в клинических группах были статистически значимы ( $\chi^2=14,3$ ,  $p=0,001$ ) (Таблицы 1-2).

Таблица 1 – Клинические особенности исследуемых групп пациентов

Параметры	Гр1 (n=50)	Гр2 (n=50)	$\chi^2$	p
<b>Локализация очага инсульта</b>				
Лобная доля	12 (24%)	10 (20%)	2,7	0,77
Теменная доля	7 (14%)	5 (10%)		
Височная доля	10 (20%)	13 (26%)		
Лобно-теменная область	11 (22%)	10 (20%)		
Затылочно-теменная	7 (14%)	5 (10%)		
Теменно-височно-затылочная	6 (12%)	8 (16%)		
Височно-лобно-теменная	8 (16%)	10 (20%)		
<b>Длительность заболевания у пациентов клинических групп</b>				
6 месяцев	26 (52%)	25 (50%)	3,7	0,256
от 7 месяцев до 1 года	14 (28%)	18 (36%)	2,8	0,321
от 1 года и 1 месяца до 2 лет	10 (20%)	7 (14%)	2,4	0,152
<b>Клинические синдромы</b>				
Левосторонний гемипарез	14 (28%)	10 (20%)	14,3	0,001
Правосторонний гемипарез	22 (44%)	13 (26%)		
Вестибуло-атактический синдром	15 (30%)	14 (28%)	4,8	0,753
Речевые нарушения (дизартрия, афазия)	15 (30%)	19 (38%)		
Зрительные нарушения (гемианопсия)	7 (14%)	5 (10%)		
Цефалгический синдром	20 (40%)	15 (30%)		
Когнитивные нарушения	14 (28%)	13 (26%)		
Эмоциональные нарушения	40 (80%)	25 (50%)	15,2	0,001
<b>Симптомы инсомнии</b>				
Нарушение инициации сна	42 (84%)	-	-	-
Нарушение поддержания сна	23 (46%)	-		
Снижение общего времени сна	33 (66%)	-		
Уменьшение глубины сна	10 (20%)	-		

Примечание – Гр1 – основная группа, Гр2 – группа сравнения; различия статистически значимы при  $p < 0,05$  (критерий  $\chi^2$ -Пирсона); у отдельных пациентов отмечались несколько очагов поражения, в связи с чем суммарное число не соответствует общему числу пациентов.

Отличительной особенностью пациентов основной группы были жалобы на инсомнию, выразившиеся в затруднении засыпания и поддержания сна, снижении общего времени и глубины сна (Таблица 1). Указанные нарушения, выявляемые клинически, подтверждались результатами опросников, оценивающих качество сна – PSQI и шкалой тяжести инсомнии ISI (Таблица 2).

Таблица 2 – Средние значения опросников PSQI и ISI в двух группах, балл (цитировано по статье А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов и др., 2023)<sup>1</sup>

Опросник	Группа	Ме	Ниж. кварт.	Верхн. кварт.	Мин. зн.	Макс. зн.	U	p-уровень
PSQI	Гр1	8	6	10	4	13	56	<0,0001
	Гр2	5	4	5	3	5		
ISI	Гр1	10	8	14	7	17	11,5	<0,0001
	Гр2	6	4	7	2	7		

Примечания – Ме – медиана, ниж. кварт. – нижний квартиль, верхн. кварт. – верхний квартиль, мин. зн. – минимальное значение, макс. зн. – максимальное значение; Гр1 – основная группа, Гр2 – группа сравнения; различия статистически значимы при  $p < 0,05$  (критерий U-Манна-Уитни).

Сравнительная оценка данных нейровизуализации не показала статистически значимых различий между основной группой и группой сравнения по локализации очагов инсульта. Корреляционный анализ не выявил статистически достоверных различий показателей сна в зависимости от локализации очага поражения.

Уже на дотерапевтическом этапе исследования было показано существенное влияние инсомнии на тяжесть состояния, качество жизни, эмоциональное состояние и степень ограничения трудоспособности изучаемых групп пациентов. В частности, было показано, что пациенты основной группы, по отношению к группе сравнения, были тяжелее клинически (статистически значимо чаще, чем в группе сравнения, выявлялись двигательные нарушения) и статистически значимо превосходили их по степени ограничения возможностей в следующих сферах функционирования: самообслуживание ( $\chi^2=15,4$ ,  $p=0,03$ ), ходьба ( $\chi^2=17,6$ ,  $p=0,04$ ), поднятие предметов ( $\chi^2=16,5$ ,  $p=0,03$ ), подвижность ( $\chi^2=17,3$ ,  $p=0,01$ ) и повседневная деятельность ( $\chi^2=18,4$ ,  $p=0,01$ ).

Физическое функционирование, выражающееся в более высокой степени инвалидизации, измеренной по шкале Рэнкина, страдало больше у пациентов основной группы, имеющих сопутствующую инсомнию. Более чем у 50% пациентов основной группы выявлялась клинически выраженная депрессия по данным теста HADS, а уровень тревоги и депрессии в основной группе достоверно превышал таковой в группе пациентов без инсомнии (Таблица 3).

<sup>1</sup> Влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни пациентов с ограниченными возможностями / А. Н. Акавов, Е. А. Корабельникова, М. Л. Баранов [и др.] // Медицинский алфавит. – 2023. – № 14. – С. 12-17.

Таблица 3 – Результаты опросников HADS-A, HADS-D, Рэнкина, балл

Опросник	Группа	Ме	Ниж. кварт.	Верхн. кварт.	Мин. зн.	Макс. зн.	U	p-уровень
HADS-A	Гр1	9	7	10	3	12	U <sub>1-2</sub> = 135,5	p <sub>adj.1-2</sub> = 1,000
	Гр2	9	7	10	4	12	U <sub>1-3</sub> = <b>148,5</b>	p <sub>adj.1-3</sub> = <b>0,0001</b>
	Гр3	4	1	5	0	7	U <sub>2-3</sub> = <b>100,5</b>	p <sub>adj.2-3</sub> = <b>0,0001</b>
HADS-D	Гр1	12	10	14	7	16	U <sub>1-2</sub> = <b>54,6</b>	p <sub>adj.1-2</sub> = 0,012
	Гр2	9	8	11	6	16	U <sub>1-3</sub> = <b>37,5</b>	p <sub>adj.1-3</sub> = <b>0,0001</b>
	Гр3	5	3	6	1	7	U <sub>2-3</sub> = <b>35,0</b>	p <sub>adj.2-3</sub> = <b>0,0001</b>
Рэнкин	Гр1	3	2	4	1	4	852,5	<b>0,006</b>
	Гр2	2	1	2	1	3		

Примечания – 1) Ме – медиана, ниж. кварт. – нижний квартиль, верхн. кварт. – верхний квартиль, мин. зн. – минимальное значение, макс. зн. – максимальное значение; 2) Гр1 – основная группа, Гр2 – группа сравнения, Гр3 – контрольная группа; 3) различия статистически значимы при  $p < 0,05$  (критерий U-Манна-Уитни); 4) p<sub>adj.</sub> – скорректированный p-уровень значимости с учетом поправки Бонферрони.

Оценка качества жизни показала статистически значимое отличие группы пациентов с инсомнией от группы сравнения по шкалам «Психическое здоровье» и «Эмоциональное состояние», а также в целом по уровню психического компонента качества жизни. Следовательно, их повседневная деятельность более значительно ограничена эмоциональным состоянием, а это значит, что инсомния усиливала степень негативного влияния эмоциональной сферы на качество жизни. Около половины пациентов основной группы имели низкие показатели по шкале субъективного благополучия, и его уровень был статистически значимо ниже, чем в группе сравнения. Эти данные непротиворечиво соотносятся с выявленной в результате анализа Спирмена корреляционной взаимосвязью между степенью нарушений сна по шкалам PSQI и ISI и психическим компонентом качества жизни: чем выше степень инсомнии, тем ниже степень эмоционального благополучия. Конечно, корреляционная взаимосвязь не позволяет судить о причинно-следственных отношениях между данными показателями, но взаимосвязь между ними не оставляет сомнения и, вероятнее всего, является двунаправленной.

Существуют различные взгляды на взаимосвязь эмоциональных нарушений и расстройств сна. Чаще всего расстройства сна рассматривают как первичные и приводящие к формированию тревожных и депрессивных расстройств (Leahy E., Gradisar M., 2012). Депривация сна сопровождается нарушениями его

восстановительной функции, повышением возбудимости миндалевидных тел мозга, нарушением функциональных связей между ними и префронтальными отделами коры (Kamphuis J., Lancel M., 2015). Имеются данные о том, что депривация сна нарушает в целом контроль над эмоциями (Nishida M., et al., 2009), снижает способность позитивно реагировать на приятные события и усиливает проявления отрицательных эмоций в ответ на негативные события (Zohar D., et al., 2005).

Вместе с тем показана высокая частота нарушений сна у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами, выступающими в данном случае как первичные по отношению к нарушениям сна (Голенков А.В., 2014). Имеются общие структуры головного мозга, отвечающие за регуляцию эмоций и за наступление сна (Bishop S., 2004). Подобного рода взаимосвязь приобретает особое значение применительно к пациентам с ограниченными возможностями в связи с высокой частотой встречаемости эмоциональных расстройств у данной группы пациентов (Geelen C.C., et al., 2017; Charfi N., et al., 2017; Bright T., et al., 2018; Díaz-Aristizabal U., et al., 2019; Donini L.M., et al., 2020; Kubesch A., et al., 2020).

Большинство пациентов основной группы в когнитивном и эмоциональном профиле, а половина – в поведенческом профиле копинг-механизмов предпочитала неадаптивные стратегии совладания со стрессом, и в целом пациенты с инсомнией чаще использовали неадаптивные копинг-стратегии. Это означает, что наличие инсомнии соотносится с усилением у пациентов с ограниченными возможностями тенденции переоценивать неприятные события и избегать, а не активно преодолевать стрессовые ситуации, что приближает их стратегии реагирования на стрессовые воздействия к невротическим.

Косвенным свидетельством более низкого качества жизни пациентов с коморбидной инсомнией является более низкий, чем в группе сравнения, уровень самооценки и самоуважения, что указывает на более выраженную у них склонность во всем винить себя, акцентироваться на недостатках и промахах (Таблица 4).

Таблица 4 – Результаты опросников ШСБ, Розенберга, Шихана, Рэнкина, балл

Группа	Ме	Ниж. кварт.	Верхн. кварт.	Мин. зн.	Макс. зн.	U	p-уровень
<b>Средние значения по опроснику ШСБ в трех группах, балл</b>							
Гр1	7,0	5,0	8,0	2,0	9,0	U <sub>1-2</sub> = 611,0 U <sub>1-3</sub> = 46,5 U <sub>2-3</sub> = 173,0	padj.1-2 = 0,0003
Гр2	4,0	4,0	6,0	1,0	8,0		padj.1-3 < 0,0001
Гр3	2,5	2,0	3,0	1,0	4,0		padj.2-3 < 0,0001
<b>Результаты исследования пациентов двух групп по шкале Розенберга</b>							
Гр1	18	15	23	13	27	U <sub>1-2</sub> = 158,0 U <sub>1-3</sub> = 99,5 U <sub>2-3</sub> = 115,0	padj.1-2 = 0,015
Гр2	22	19	24	14	26		padj.1-3 < 0,0001
Гр3	34	31	37	27	40		padj.2-3 < 0,0001
<b>Результаты исследования пациентов двух групп по шкале Шихана</b>							
Гр1	16	7	20	3	25	1217,5	0,825
Гр2	15	8	21	4	25		

Примечания: 1) Ме – медиана, ниж. кварт. – нижний квартиль, верхн. кварт. – верхний квартиль, мин. зн. – минимальное значение, макс. зн. – максимальное значение; 2) Гр1 – основная группа, Гр2 – группа сравнения; Гр3 – контрольная группа; различия статистически значимы при  $p < 0,05$  (критерий U-Манна-Уитни); 3) padj. – скорректированный p-уровень значимости с учетом поправки Бонферрони.

Более тяжелое течение постинсультного периода у пациентов с ограниченными возможностями в связи с наличием нарушений сна показано в ряде работ (Nakase T., et al., 2016; Guo G., et al., 2016; Zeng Y.-Y., et al., 2021; Акавов А.Н., и др., 2023). Так, в результате метаанализа, куда вошли 33 исследования, было показано, что лица, перенесшие инсульт и страдающие инсомнией, имеют более выраженные функциональные ограничения и инвалидность, чем лица без таковой (Fulk G.D., et al., 2020). W.K. Tang, et al. (2015) выявили более низкое качество жизни постинсультных больных с инсомнией. Авторы пришли к выводу, что ранний скрининг нарушений сна будет полезен для предотвращения дальнейшего развития постинсультной инсомнии (Tang W.K., et al., 2015).

Следовательно, присоединение инсомнии к основному заболеванию у пациентов с ограниченными возможностями, перенесшими ОНМК, утяжеляет их состояние, негативно влияя на различные его показатели: клиническую картину, степень ограничения трудоспособности, эмоциональное состояние, особенности совладания со стрессом, самооценку и в целом снижает качество жизни.

Из всего вышесказанного следует логичное предположение о том, что включение в программу реабилитации таких пациентов методов, направленных на коррекцию

инсомнии, может повлиять на результаты лечения и повысить его эффективность, что и было предпринято в нашей работе.

*Основная группа испытуемых была разделена на две подгруппы.* Пациенты обеих подгрупп, также как и группа сравнения, получали курс лечения основного заболевания, включающего антиоксиданты (актовегин, милдронат), нейропротекторы (церебролизин, цитиколин), антикоагулянты, антиагреганты, по показаниям ноотропные препараты (пирацетам, фенотропил), средства, влияющие на холинергическую (холина альфасцерат), глутаматэргическую (акатинол мемантин) системы. Наряду с этим часть пациентов основной группы (52%) получала в составе комплексной терапии курс краткосрочной (5 сеансов) когнитивно-поведенческой терапии инсомнии (КПТ-И). Пациенты второй подгруппы, основной группы пациентов (48%), также как и пациенты группы сравнения, получали только стандартное лечение. По окончании курса лечения пациенты прошли повторное обследование, после чего был проведен сравнительный анализ клинических групп.

На фоне проведенного лечения в основной группе 1, где проводилась сочетанная терапия, включающая коррекцию инсомнии, наряду с достоверно более выраженным улучшением качества сна, более значительно, по отношению к другим клиническим группам, улучшалось физическое состояние. Динамика ведущих клинических синдромов (снижение доли пациентов, имеющих правосторонние и левосторонние гемипарезы, головокружение и тошноту, лицевой гемипарез, нарушение речи, головные боли, общую слабость, двоение в глазах, снижение зрения) у пациентов, получавших коррекцию инсомнии, была статистически значимо более выражена, чем в других группах ( $\chi^2(8, N=100) = 54,4; p=0,038$ ) (Таблица 5). Данные различия проявлялись также в положительной динамике общего балла по шкале Рэнкина, т.е. в редукции степени ограничения жизнедеятельности. Более выраженной в данной группе пациентов была и динамика показателей депрессии и тревоги в сторону снижения. В группе пациентов, получавших коррекцию инсомнии, лучше восстанавливались трудоспособность, и степень самоуважения, а также качество жизни в целом по сравнению с группой пациентов, получавших только базовое лечение (Таблица 6, Рисунок 1).

Таблица 5 – Сравнительная частота жалоб пациентов клинических групп до и после лечения

Клинические синдромы	ОГ <sub>1</sub>	ОГ <sub>2</sub>	ГС	ОГ <sub>1</sub>	ОГ <sub>2</sub>	ГС	$\chi^2$	p
	До лечения Абс. (%)			После лечения Абс. (%)				
<i>Нарушения сна</i>								
Нарушение инициации сна	19 (73,1)	23 (95,8)	-	2 (7,7)*	22 (91,7)	-	$\chi^2_a=$ 2,9	p <sub>a</sub> = 0,887
Нарушение поддержания сна	12 (46,2)	11 (45,8)	-	1 (3,8)*	10 (41,7)	-		
Снижение общего времени сна	16 (61,5)	17 (70,8)	-	2(7,7)*	16(66,7)	-	$\chi^2_b=$ 42,8	p <sub>b</sub> = 0,023
Уменьшение глубины сна	5(19,2)	5(20,8)	-	1(3,8)*	5(20,8)	-		
<i>Другие синдромы</i>								
Правосторонний гемипарез	12 (46,2)	10 (41,7)	23 (46,0)	6 (23,1)*	8 (33,3)**	14 (28,0)#	$\chi^2_a=$ 3,2	p <sub>a</sub> = 0,919
Левосторонний гемипарез	6 (23,1)	7 (29,2)	10 (20,0)	2 (7,7)*	5 (20,8)	6 (12,0)#		
Вестибуло-атактический синдром	4(15,4)	3(12,5)	5(10,0)	2(7,7)*	3 (12,5)	4 (8,0)	$\chi^2_b=$ 54,4	p <sub>b</sub> = 0,038
Цефалгический синдром	1(3,8)	0	3 (6,0)	0	0	0		
Лицевой гемипарез	0	1 (4,2)	3 (6,0)	1 (3,8)	1 (3,8)	2 (4%)		
Речевые нарушения (дизартрия, афазия)	1(3,8)	1 (4,2)	3 (6,0)	1 (3,8)	1 (3,8)	1 (2%)		
Зрительные нарушения (гемианопсия)	0	1 (4,2)	1 (2,0)	0	0	0		

Примечание – ОГ<sub>1</sub> – основная группа 1; ОГ<sub>2</sub> – основная группа 2; ГС – группа сравнения;  $\chi^2_a$  – хи-квадрат Пирсона, сравнение клинических групп до лечения;  $\chi^2_b$  – хи-квадрат Пирсона, сравнение клинических групп после лечения; p<sub>a</sub> – p-уровень статистической значимости для клинических групп до лечения по всем жалобам; p<sub>b</sub> – p-уровень статистической значимости для клинических групп после лечения по всем жалобам; различия статистически значимы при p<0,05 (критерий  $\chi^2$ -Пирсона); \* – различия между зависимыми группами (ОГ<sub>1</sub> до/после лечения, сравнение долей участников) статистически значимы при p<0,05 (критерий Мак-Немара); \*\* – различия между зависимыми группами (ОГ<sub>2</sub> до/после лечения, сравнение долей участников) статистически значимы при p<0,05 (критерий Мак-Немара); # – различия между зависимыми группами (ГС до/после лечения, сравнение долей участников) статистически значимы при p<0,05 (критерий Мак-Немара).

Таблица 6 – Динамика по опроснику Рэнкина, HADS (цитировано по статье А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов, Н.Р. Моллаева, 2023)<sup>2</sup>

Группы	До лечения	После лечения	p-уровень (критерий Уилкоксона)	До лечения	После лечения
	Me (25%; 75%), балл			Критерий Краскела-Уоллиса	
<b>Степень ограничения жизнедеятельности пациентов клинических групп по шкале Рэнкина до и после лечения</b>					
ОГ1	2 (2; 3)	1 (1; 2)	0,0132	H (2, N= 100) =20,021528, p=0,0139	H (2, N= 100) =23,51147, p =0,0097
ОГ2	2 (2; 3)	1 (1; 3)	0,0672		
ГС	2 (1; 2)	1 (1; 2)	0,0593		
<b>Сравнительная оценка эмоционального состояния в клинических группах до и после лечения по шкалам HADS-A и HADS-D</b>					
ОГ <sub>1</sub>	9 (7; 10)	5 (4; 6)	<b>0,0132</b>	H (2, N= 100) =3,012175, p=0,4291	H (2, N= 100) =28,42621, p =0,0042
ОГ <sub>2</sub>	9 (6; 10)	8 (6; 9)	0,0639		
ГС	9 (7; 10)	7 (6; 8)	<b>0,0278</b>		
ОГ <sub>1</sub>	12 (10; 14)	5 (4; 6)	<b>0,0221</b>	H (2, N= 100) =2,81255, p=0,5829	H (2, N= 100) =25,73829, p =0,0157
ОГ <sub>2</sub>	9 (8; 11)	8 (6; 9)	0,1712		
ГС	9 (8; 11)	7 (5; 7)	<b>0,0329</b>		

Примечания – ОГ<sub>1</sub> – основная группа 1; ОГ<sub>2</sub> – основная группа 2; ГС – группа сравнения; различия между клиническими группами до лечения, после лечения статистически значимы при p<0,05 (критерий Краскела-Уоллиса); различия между зависимыми группами – до/после лечения (критерий Уилкоксона) статистически значимы при p<0,05.

<sup>2</sup> Влияние коррекции инсомнии на эмоциональную сферу лиц с ограниченными возможностями / А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов, Н.Р. Моллаева // Эффективная фармакотерапия. – 2023. – Т. 19. – № 41. – С. 68-73.

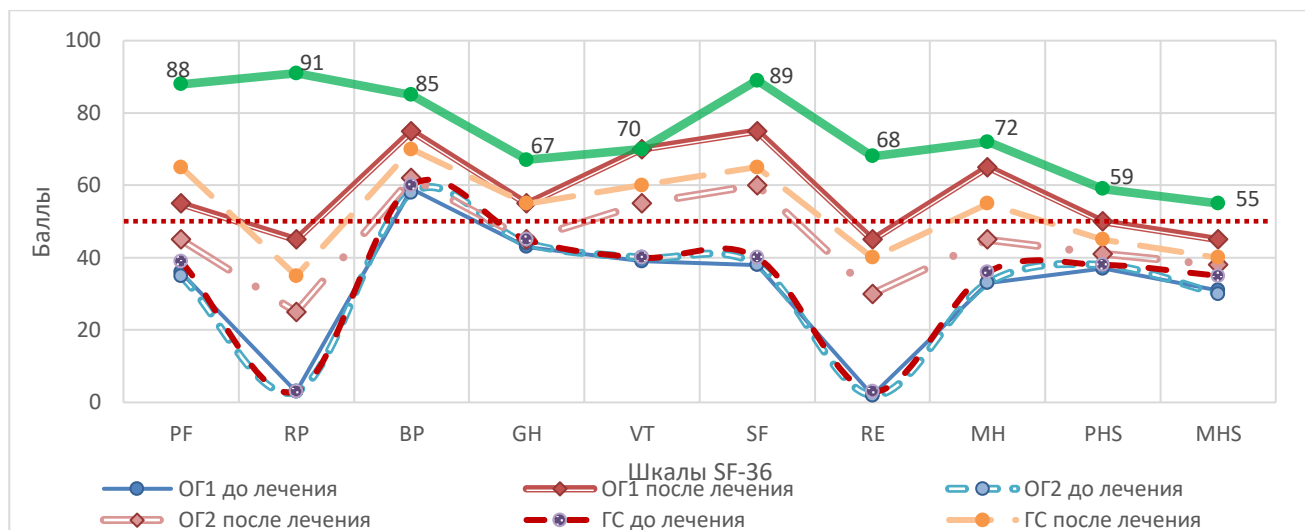


Рисунок 1 – Усредненный профиль качества жизни по опроснику SF-36 пациентов клинических групп до и после лечения, а также профиль здоровых респондентов (цитировано по статье А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов, 2023)<sup>3</sup>

Полученные данные свидетельствуют о важном вкладе коррекции инсомнии в процесс реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

Немаловажен и другой факт, показанный в ходе нашего исследования: группа пациентов с инсомнией, не получавших коррекцию нарушений сна, среди клинических групп показала наиболее слабую динамику (при статистической значимости различия) значений шкал качества жизни и степени выраженности эмоционального дискомфорта на фоне лечения.

Следовательно, присоединение инсомнии не только ухудшает состояние и качество жизни пациентов с ограниченными возможностями, но и снижает эффективность терапии, что является дополнительным аргументом в пользу необходимости своевременного выявления и коррекции инсомнии у данной категории пациентов.

Следует также обратить внимание на то, что, несмотря на проведенное лечение, у части пациентов основной группы на фоне лечения отмечались высокие баллы по шкале HADS. Полученные результаты дают основание полагать, что структура эмоциональных нарушений у пациентов, имеющих сопутствующую инсомнию, является более сложной, коморбидность с выраженными депрессивными нарушениями у них выявляется чаще,

<sup>3</sup> Акавов, А.Н. Влияние инсомнии и ее коррекции на качество жизни лиц с ограниченными возможностями / А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов // Медицинский алфавит. – 2023. – № 21. – С. 14-22.

что указывает на необходимость более активной психофармакологической и психотерапевтической коррекции. Кроме того, наличие выраженной депрессии у пациентов с ограниченными возможностями снижает эффективность терапии основного заболевания и требует применения психотропных препаратов.

Таким образом, улучшение качества сна является важным условием для эффективного восстановления постинсультных пациентов с ограниченными возможностями. Существуют сведения о том, что полноценный сон является важным компонентом нейропластических процессов, протекающих в головном мозге после инсульта (Meerlo P., Vencá R.M., 2015), что свидетельствует о его важности для реабилитации и функционального восстановления больных, перенесших мозговую инсульт. Кроме того, физиологический сон важен не только для восстановления нарушенных функций, но и для предотвращения повторных сосудистых мозговых катастроф (Полужков М.Г., Центерадзе С.Л., 2015).

Следовательно, нарушения сна у больных с ограниченными возможностями являются актуальной проблемой, имеющей теоретическое и практическое значение. Этот важный факт не должен игнорироваться в организации реабилитационных мероприятий, проводимых для пациентов с ограниченными возможностями. Тем не менее, диагностика и лечение нарушений сна в настоящее время не относится к числу первоочередных задач у пациентов с ограниченными возможностями в целом и с церебральным инсультом, в частности что может быть следствием низкой осведомленности практикующих врачей о нарушениях сна у данной категории пациентов, отсутствия алгоритмов диагностики и лечения расстройств сна пациентов с ограниченными возможностями. Данные нашего исследования позволяют оценить важность мероприятий по улучшению качества сна как дополнительного ресурса для улучшения качества жизни данной категории пациентов, которому до настоящего времени не уделялось должного внимания.

## ВЫВОДЫ

1. У 50% постинсультных пациентов с ограниченными возможностями отмечались легкие или средней тяжести нарушения сна, соответствующие по принятым критериям диагнозу «инсомния».

2. Пациенты основной группы по отношению к группе сравнения, были тяжелее клинически (у них статистически значимо чаще, чем в группе сравнения, выявлялись двигательные нарушения: правосторонний (28% и 20% пациентов) и левосторонний гемипарезы (44% и 26% пациентов),  $\chi^2=14,3$ ,  $p=0,001$ ) и имели статистически значимо более выраженные ограничения по следующим сферам функционирования в сравнении с пациентами группы сравнения: самообслуживание, ходьба, поднимание предметов, подвижность и повседневная деятельность.

3. Уровень депрессии в группе пациентов с сопутствующей инсомнией достоверно превышал таковой в группе пациентов без инсомнии как клинически (54% пациентов основной группы и 30% пациентов группы сравнения  $\chi^2=15,2$ ,  $p=0,001$ ), так и по результатам опросников (HADS-D: 12 баллов и 9 баллов соответственно по группам  $\chi^2(5, N=100) = 75,5$ ,  $p=0,039$ ).

4. Показаны более низкий уровень психического компонента качества жизни, в частности, по шкалам «Психическое здоровье» (SF-36 – МН:  $U=591,0$ ;  $p_{adj.}=0,0001$ ) и «Эмоциональное состояние» (SF-36 –  $U=894,5$ ;  $p_{adj.}=0,036$ ), и более низкие показатели по шкале субъективного благополучия в группе пациентов с инсомнией (7 [5; 8] баллов) по сравнению с группой без таковой (4 [4; 6] баллов) (ШСБ:  $U=611$ ;  $p=0,00001$ ). Выявлена корреляционная взаимосвязь между степенью нарушений сна и психическим компонентом качества жизни: чем выше степень инсомнии, тем ниже степень эмоционального благополучия ( $r=-0,603$ ;  $p=0,00004$ ).

5. Пациенты с инсомнией статистически значимо чаще ( $p<0,05$ ), чем пациенты без инсомнии, использовали неадаптивные копинг-стратегии, в частности, в когнитивном кластере: игнорирование и смирение, в эмоциональном кластере: покорность и самообвинение, в поведенческом кластере: активное избегание и отступление. Наличие инсомнии соотносится с усилением у пациентов с

ограниченными возможностями тенденции переоценивать неприятные события и избегать, а не активно преодолевать стрессовые ситуации.

6. Пациентов с коморбидной инсомнией отличал более низкий (18 [15; 23] балла), чем в группе сравнения (22 [19; 24] балла), уровень самооценки и самоуважения ( $U=158,0$ ;  $p_{adj.}=0,015$ ), что указывает на более выраженную у них склонность во всем винить себя, акцентироваться на недостатках и промахах.

7. 7а. Редукция ведущих неврологических синдромов (пирамидные симптомы, речевые нарушения, головные боли и головокружение), степени ограничения жизнедеятельности и восстановление трудоспособности в группе пациентов, где проводилась сочетанная терапия, включающая коррекцию инсомнии, значимо превосходила таковую в группе, где такой коррекции не было ( $\chi^2(6, N=100) = 54,4$ ;  $p=0,038$ ). У пациентов, получавших коррекцию инсомнии, отмечалось более значительное снижение уровней тревоги (HADS-A:  $H(2, N=100)=28,42621$ ,  $p=0,0042$ ) и депрессии (HADS-D:  $H(2, N=100)=25,73829$ ,  $p=0,0157$ ), лучше восстанавливались трудоспособность (опросник Шихана:  $H(2, N=100) = 32,588$ ,  $p = 0,0021$ ), степень самоуважения (шкала Розенберга:  $H(2, N=100) = 20,74721$ ,  $p = 0,0002$ ), а также качество жизни в целом по сравнению с группой пациентов, получавших только базовое лечение.

7б. Группа пациентов с инсомнией, не получавших коррекцию нарушений сна, показала наиболее слабую положительную динамику на фоне лечения среди клинических групп по показателям качества жизни (физическое функционирование, ролевая деятельность, эмоциональное состояние, психическое здоровье, суммарный психический компонент качества жизни) и по степени выраженности эмоционального дискомфорта (уровню тревоги и депрессии).

7в. Улучшение качества сна является важным условием для эффективного восстановления постинсультных пациентов с ограниченными возможностями.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В реабилитации лиц с ограниченными возможностями необходимо уделять внимание качеству сна. Скрининг нарушений сна на ранних этапах наблюдения постинсультных больных с ограниченными возможностями полезен для предотвращения дальнейшего развития постинсультной инсомнии.

2. С целью повышения эффективности проведения лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий у лиц с ограниченными возможностями, страдающих инсомнией, необходимо включать в план лечения лекарственные и нелекарственные методы коррекции инсомнии.

3. Пациентам с ограниченными возможностями, имеющим сопутствующую инсомнию, необходим диагностический поиск в отношении эмоциональных нарушений и при выявлении тревожных и депрессивных расстройств проводить их своевременную психофармакологическую и психотерапевтическую коррекцию.

## СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

### **В изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России:**

1. Корабельникова, Е. А. Инсомния у неврологических больных с ограниченными возможностями / Е. А. Корабельникова, А. Н. Акавов, М. Л. Баранов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2023. – Т. 123, № 2. – С. 12-20. – DOI 10.17116/jnevro202312302112
2. Влияние инсомнии на тяжесть состояния и качество жизни пациентов с ограниченными возможностями / А. Н. Акавов, Е. А. Корабельникова, М. Л. Баранов [и др.] // Медицинский алфавит. – 2023. – № 14. – С. 12-17. – DOI 10.33667/2078-5631-2023-14-12-17
3. Акавов, А. Н. Влияние инсомнии и ее коррекции на качество жизни лиц с ограниченными возможностями / А. Н. Акавов, Е. А. Корабельникова, М. Л. Баранов // Медицинский алфавит. – 2023. – № 21. – С. 14-22. – DOI 10.33667/2078-5631-2023-21-14-22
4. Влияние коррекции инсомнии на эмоциональную сферу лиц с ограниченными возможностями / А. Н. Акавов, Е. А. Корабельникова, М. Л. Баранов, Н. Р. Моллаева // Эффективная фармакотерапия. – 2023. – Т. 19, № 41. – С. 68-73. – DOI 10.33978/2307-3586-2023-19-41-68-73
5. Влияние инсомнии и ее коррекции на эмоциональное состояние постинсультных больных / А. Н. Акавов, Е. А. Корабельникова, З. Р. Умаханова [и др.] // Медицинский совет. – 2024. – Т. 18, № 5. – С. 90-97. – DOI 10.21518/ms2024-135

### **В других изданиях:**

1. Акавов, А.Н. Динамика качества жизни лиц с ограниченными возможностями под влиянием коррекции инсомнии / А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов // Клиническая сомнология: материалы VII Всероссийской научно-практической конференции, Москва, 17–18 ноября 2023 года. – Москва, 2023. – С. 53.
2. Акавов, А.Н. Изучение влияния инсомнии и ее коррекции на эмоциональное состояние пациентов с ограниченными возможностями / А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов // Приверженность вопросам психического здоровья : материалы IV Международной научно-практической конференции, Москва, 05–07 октября 2023 года. – Москва: Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы, 2023. – С. 255-260.
3. Акавов, А.Н. Изучение влияния инсомнии и ее коррекции на эмоциональное состояние пациентов с ограниченными возможностями / А.Н. Акавов, Е.А. Корабельникова, М.Л. Баранов, Н.Р. Моллаева // Всероссийский конгресс с международным участием «Психическое здоровье в меняющемся мире», 23–24 мая 2024 года, Санкт-Петербург [Электронное издание] / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. — СПб.: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, 2024. – С. 153-154. — ISBN 978-5-94651-099-8

Подписано в печать: 09.10.2024  
Объем: 1 усл.п.л.  
Тираж: 100 экз. Заказ № 1905  
Отпечатано в типографии «Реглет»  
119571, г. Москва, ул. Вернадского, 86А  
(495) 973-28-32 [www.reglet.ru](http://www.reglet.ru)