

## Распространенность нарушений сна среди пациентов с зависимостью от различных психоактивных веществ

Ветрова М.В.<sup>1,2</sup>, Кучменко Д.Н.<sup>1</sup>, Генина И.Н.<sup>3</sup>, Гончаров О.В.<sup>1</sup>, Рыбакова К.В.<sup>1</sup>, Семенова Н.В.<sup>1</sup>, Зубова Е.Ю.<sup>1</sup>, Киселев А.С.<sup>1</sup>, Незнанов Н.Г.<sup>1</sup>, Крупицкий Е.М.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии (НМИЦ ПН) имени В.М. Бехтерева  
Россия, 192019, г. Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, 3

<sup>2</sup> Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ПСПбГМУ им. И.П. Павлова)  
Россия, 197022, г. Санкт-Петербург, ул. А. Толстого, 6/8

<sup>3</sup> Городская наркологическая больница  
Россия, 199004, г. Санкт-Петербург, 5-я линия В.О., 48

### РЕЗЮМЕ

**Введение.** Расстройства сна могут приводить к развитию заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ (ПАВ). В настоящее время сравнительно мало известно о распространенности нарушений сна у лиц с наркологическими заболеваниями в России.

**Цель.** Определение частоты встречаемости расстройств сна у пациентов ( $n = 196$ ) с синдромом зависимости от алкоголя (АЗ,  $n = 102$ ), от опиоидов (ОЗ,  $n = 55$ ) и полисубстантной зависимостью (ПЗ,  $n = 39$ ), обратившихся за наркологической помощью.

**Материалы и методы.** Проведено кросс-секционное исследование нарушений сна больных в г. Санкт-Петербурге в период с 2017 по 2018 г. Оценка нарушений сна проводилась с использованием модифицированного опросника «Индекс тяжести инсомнии». Наличие расстройств сна оценивалось в разные временные периоды: когда-либо в жизни, за последние 12 мес и за последние 30 сут.

**Результаты.** Во всех исследуемых группах у значительного количества больных (49,0–76,5% из 196) отмечались определенные расстройства сна. В частности, различные инсомнические расстройства за последние 30 сут наиболее часто встречались в группе АЗ (60,8–73,5% из 102), причем наиболее актуальной жалобой было раннее пробуждение. В группе ПЗ наиболее часто встречались расстройства сна в течение жизни (94,9–100,0% из 39), тогда как за последние 30 сут инсомнические расстройства были относительно редки. Однако именно нарушения сна за последние 30 сут статистически значимо чаще ( $p < 0,05$ ) отмечались в группе пациентов, активно потребляющих наркотические вещества (40,2–87,2%), по сравнению с группой пациентов в ремиссии (0–16,7%).

**Заключение.** Полученные результаты демонстрируют высокую распространенность инсомнических расстройств среди пациентов с зависимостью от ПАВ. Результаты исследования свидетельствуют о положительном влиянии ремиссии на сон и указывают на необходимость дальнейшего изучения влияния нарушений сна на течение аддиктивного заболевания.

**Ключевые слова:** нарушения сна, наркологическое заболевание, алкоголь, опиоиды, полисубстантная зависимость.

**Конфликт интересов.** Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

✉ Ветрова Марина Владиславовна, e-mail: mvetrova11@bk.ru.

Источник финансирования. Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00481 А (2018).

Соответствие принципам этики. Все лица, участвующие в исследовании, подписали информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено этическим комитетом Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (протокол № 3 от 16.03.2017).

Для цитирования: Ветрова М.В., Кучменко Д.Н., Генина И.Н., Гончаров О.В., Рыбакова К.В., Семенова Н.В., Зубова Е.Ю., Киселев А.С., Незнанов Н.Г., Крупицкий Е.М. Распространенность нарушений сна среди пациентов с зависимостью от различных психоактивных веществ. *Бюллетень сибирской медицины*. 2019; 18 (4): 26–35. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-26-35>.

УДК 616.8-009.836-052:615.214.015.6  
<https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-26-35>

## The prevalence of the sleep disturbances among the patients with substance use disorders

Vetrova M.V.<sup>1,2</sup>, Kuchmenko D.N.<sup>1</sup>, Genina I.N.<sup>3</sup>, Goncharov O.V.<sup>1</sup>, Rybakova K.V.<sup>1</sup>, Semenova N.V.<sup>1</sup>, Zubova E.Yu.<sup>1</sup>, Kiselev A.S.<sup>1</sup>, Neznanov N.G.<sup>1</sup>, Krupitsky E.M.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology  
3, Bekhterev Str., Saint Petersburg, 192019, Russian Federation

<sup>2</sup> I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University  
6/8, L'va Tolstogo Str., Saint Petersburg, 197089, Russian Federation

<sup>3</sup> State Addiction Hospital  
48, 5<sup>th</sup> line of Vasilyevsky Island, Saint Petersburg, 199004, Russian Federation

### ABSTRACT

**Background.** There is evidence that sleep disorders may be significantly linked to the development of the substance use disorders (SUD). However, data about the prevalence of the sleep disturbances among patients with SUD in Russia are relatively limited.

**Aim.** To evaluate the frequency of the sleep disturbances among patients ( $n = 196$ ) with alcohol (AD,  $n = 102$ ), opioid (OD,  $n = 55$ ) and polysubstance dependence (PD,  $n = 39$ ) seeking addiction medical care.

**Materials and methods.** We conduct a cross-sectional study of sleep disturbances among patients in St. Petersburg in 2017–2018. The modified Insomnia Severity Index (ISI) was administered to assess sleep during different periods of time: lifetime, the past 12 months, and the past 30 days.

**Results.** All groups demonstrated relatively high presence of different sleep disorders (range: 49.0–76.5% among 196). The sleep disturbances over the past 30 days were more common in the AD group (60.8–73.5% among 102) with the early morning awakening as the most frequent complaint. In the PD group the prevalence of lifetime sleep disturbances was high (94.9–100.0% among 39), whereas insomnia disorders were relatively rare over the past 30 days. However, it was sleep disturbances over the past 30 days that were statistically significantly more often ( $p < 0.05$ ) observed in the group of patients who actively consume narcotic substances (40.2–87.2%), compared with the group of patients in remission (0–16.7%).

**Conclusion.** The results demonstrated the high prevalence of insomnia among patients with SUD and suggested that the remission have a positive effect on the symptoms of sleep disorders. Further studies of the association between sleep disturbances and SUD progression are needed.

**Key words:** sleep disorders, chronobiological rhythms, substance use disorders, alcohol, opioids, psychostimulants.

**Conflict of interest.** The authors declare the absence of obvious and potential conflicts of interest related to the publication of this article.

**Source of financing.** The study was supported by the RFBR grant No. 18-013-00481 A (2018).

**Conformity with the principles of ethics.** All individuals participating in the study gave informed consent to participate in the study. The study was approved by the local ethics committee under V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology (Protocol No. 3 of 16.03.2017).

**For citation:** Vetrova M.V., Kuchmenko D.N., Genina I.N., Goncharov O.V., Rybakova K.V., Semenova N.V., Zubova E.Yu., Kiselev A.S., Neznanov N.G., Krupitsky E.M. The prevalence of the sleep disturbances among the patients with substance use disorders. *Bulletin of Siberian Medicine*. 2019; 18 (4): 26–35. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2019-4-26-35>.

## ВВЕДЕНИЕ

Известно, что нарушения сна и аддиктивные (или наркологические) заболевания тесно взаимосвязаны. В частности, некоторые психоактивные вещества (ПАВ) – алкоголь и транквилизаторы – применяются как препараты для самолечения расстройств сна, прежде всего при трудностях с засыпанием, тогда как другие, например психостимуляторы, используются в качестве средства при отсутствии бодрости в течение дня. Однако известно, что аддиктивное заболевание может быть причиной расстройств сна, что, в свою очередь, может способствовать рецидиву заболевания.

Большинство пациентов, обращающихся за помощью для лечения наркологических заболеваний, сообщают о расстройствах сна, существующих вне начальной фазы синдрома отмены [1–3]. Систематический анализ расстройств сна у пациентов с наркологическими заболеваниями свидетельствует о высокой распространенности нарушений сна, длительность которых варьирует от нескольких недель до нескольких месяцев после завершения лечения синдрома отмены от ПАВ [2]. Бессонница является наиболее распространенным видом нарушений сна в общей популяции и часто встречается у пациентов с психическими заболеваниями. Кроме термина «бессонница» в научной литературе часто используют синонимы «инсомния» или «диссомния», и реже – «агрипния» и «асомния». Как симптом, термин «бессонница» означает наличие жалоб на трудности при засыпании и при поддержании сна или субъективное ощущение неудовлетворенности сном.

Бессонница классифицируется как заболевание согласно диагностическим критериям МКБ-10, включая следующие жалобы на расстройства сна: трудности при засыпании, ночные пробуждения и (или) плохое качество сна, которые отмечаются

минимум три раза в неделю в течение одного месяца и приводят к выраженному дистрессу для личности или препятствуют личностному функционированию в повседневной жизни [4]. Кроме того бессонница как основное заболевание отдельно выделяется в тех случаях, когда отсутствует этиологический органический фактор, такой как наличие неврологического, другого соматического состояния или расстройства, связанного с употреблением психоактивного вещества, или прием препаратов, способствующих возникновению бессонницы [5]. Обычно жалобы на сон рассматриваются врачами-наркологами как симптомы, связанные с употреблением ПАВ. В связи с ограниченным применением диагностических критериев инсомнических расстройств в клинической практике врача-нарколога затруднительно разграничение расстройств сна как отдельного заболевания и тех расстройств сна, которые являются симптомами наркологического заболевания, например одним из компонентов синдрома отмены.

Изучение взаимосвязи между инсомническими и аддиктивными расстройствами имеет большую клиническую значимость в связи с тем, что потребление ПАВ может усиливать негативные эффекты бессонницы (например, усугублять развитие депрессии, повышать риск смертности) и инсомния может приводить к рецидиву аддиктивного заболевания [6].

Известно, что лечение инсомнических расстройств у пациентов с наркологическими заболеваниями зависит от этиологии данных расстройств и влияния различных сопутствующих факторов [7]. Считается, что воздержание от потребления ПАВ и длительная ремиссия часто являются необходимым и достаточным условием для эффективного лечения бессонницы у данной группы больных. Однако диагностика и адекватное лечение расстройства сна у наркологических больных могут оказать значительное влияние на

стабилизацию ремиссии [6].

Цель данного исследования – определение частоты встречаемости различных расстройств сна у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, опиоидов и полисубстантной зависимостью, существующих вне периода отмены ПАВ. В рамках кросс-секционного исследования проводилась ретроспективная оценка инсомнических расстройств в разные периоды времени: когда-либо в жизни, за последние 12 мес и за последние 30 сут.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 196 человек: 130 мужчин (66,3%) и 66 женщин (33,7%). Проведено сплошное сравнительное кросс-секционное исследование распространенности расстройств сна у пациентов с психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением алкоголя (группа АЗ) – 102 (52,0%), из них 66 мужчин (64,7%); опиоидов (группа ОЗ) – 55 (28,1%), из них 34 мужчины (61,8%); и полисубстантной зависимостью (группа ПЗ) – 39 (19,9%) из них 30 мужчин (76,9%). Диагноз был установлен на основании диагностических критериев МКБ-10, определяющих наличие признаков зависимости от ПАВ. Большинство больных,  $n = 184$  (93,9%), включались в исследование после завершения курса дезинтоксикации вследствие активного употребления ПАВ. В группе АЗ все больные включались в исследование после завершения курса дезинтоксикации (купирования синдрома отмены). В группы ПЗ и ОЗ также были включены пациенты, воздерживающиеся от употребления ПАВ ( $n = 12$ ), период ремиссии составлял от 10 до 32 мес. В исследование не включались больные с наличием выраженных когнитивных расстройств и манифестных форм психотических расстройств, соответствующих диагностическим разделам F00-09 и F20-99 по МКБ-10, не владеющие русским языком, младше 18 лет и отказавшиеся от участия в исследовании.

Для определения наличия расстройств сна использовался модифицированный опросник на основании инструмента «Индекс тяжести инсомнии» [8], включающий следующие симптомы расстройств сна: 1) трудности засыпания (ТЗ); 2) трудности поддержания сна (ТПС); 3) раннее пробуждение (РП); 4) дневная сонливость (ДС) и 5) отсутствие бодрости после пробуждения (ОБП). Существование данных симптомов пациент оценивал на протяжении разных временных периодов: за последние 30 сут, последние 12 мес и когда-либо в жизни. Перед проведением опроса испытуемому давалась инструкция, согласно

которой его просили оценить наличие данных симптомов в течение последних 30 сут, 12 мес и когда-либо в жизни вне активного потребления психоактивных веществ и вне периода отмены.

Участие в исследовании являлось добровольным, анонимным и конфиденциальным. Участвовать в исследовании предлагалось всем пациентам, госпитализированным в стационарные (Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и Ассоциация организаций здравоохранения «Медицинский центр “Бехтерев”») и амбулаторное (СПб ГБУЗ «Городская наркологическая больница») наркологические учреждения с мая 2017 г. по февраль 2018 г. Все лица, участвующие в исследовании, дали информированное согласие на участие в исследовании. Продолжительность опроса для каждого участника составляла 10–20 мин.

**Статистический анализ.** Для проверки нормальности распределения значений количественной переменной (возраст) применялся метод построения гистограмм. В качестве статистических характеристик были рассчитаны частоты и доли (%) для всех переменных в общей выборке и по группам в зависимости от вида потребляемого ПАВ (алкоголь, опиоиды и несколько ПАВ) и наличия ремиссии продолжительностью более 10 мес. Проведено сравнение групп по частотам значений переменных с использованием точного критерия Фишера. Различия принимались статистически значимыми при полученных  $p$ -значениях менее 0,05. Статистическая обработка была проведена при помощи пакета IBM SPSS, версия 21.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст участников в группе АЗ составил 44,81 (SD = 9,69), группе ОЗ 35,66 (5,49) и группе ПЗ 31,57 (7,88) лет. В группах АЗ и ОЗ значения возраста соответствовали закону нормального распределения.

В общей выборке ( $n = 196$ ) большинство участников (49,0–76,5%) испытывали различные симптомы расстройств сна, в частности трудности засыпания, трудности поддержания сна, раннее пробуждение, дневную сонливость и отсутствие бодрости после пробуждения в разные временные периоды: в течение жизни, последние 12 мес и 30 сут. В течение последнего года и за последние 30 сут наиболее частыми симптомами были ДС – 71,4% (140/196) и 62,2% (122/196) соответственно, а также ТЗ – 66,8% (131/196) и 57,7% (113/196) соответственно. Достаточно часто отмечались ТПС как за последние 12 мес (60,7% (119/196), так и за последние 30 сут (49,0% (96/196)).



При проведении сравнительного анализа трех нозологических групп (зависимость от алкоголя, опиоидов и полисубстантная зависимость) выявились статистически значимые различия между группами по частоте следующих показателей: ТЗ, ТПС, РП, ДС и ОБП когда-либо в жизни и ДС за последние 12 мес значимо чаще наблюдалось у больных в группе ПЗ по сравнению с группами

ОЗ и АЗ (табл. 1). В группе ПЗ статистически значимо реже встречались жалобы на ОБП за последние 12 мес, 30 сут и ТПС за последние 30 сут по сравнению с АЗ и ОЗ.

Интересно, что частота жалоб на ТПС и ОБП за последние 30 сут была наиболее высокой для группы АЗ по сравнению с группами ОЗ и ПЗ (см. табл. 1).

Таблица 1  
Table 1

Частотная таблица показателей нарушений сна в нозологических группах испытуемых, $n = 196$ The frequency of sleep disturbances in the groups of participants with different substance use disorders ( $n = 196$ )				
Показатель Parameter	АЗ, $n = 102$ , абс.(%) AD, $n = 102$ , abs.(%)	ОЗ, $n = 55$ , абс.(%) OD, $n = 55$ , abs.(%)	ПЗ, $n = 39$ , абс.(%) PD, $n = 39$ , abs.(%)	$p^1$
Трудности засыпания когда-либо в жизни Difficulty falling asleep ever in life	66(64,7) П**	43(78,2) П**	39(100) А**, О**	<0,001
Трудности засыпания за последние 12 мес Difficulty falling asleep over the past 12 months	66(64,7)	37(67,3)	28(71,8)	0,724
Трудности засыпания за последние 30 сут Difficulty falling asleep over the past 30 days	73(71,6) О**, П**	25(45,5) А**	15(38,5) А**	<0,001
Трудности поддержания сна когда-либо в жизни Difficulties in maintaining sleep ever in life	49(48) О**, П**	43(78,2) А*, П**	39(100) А**, О**	<0,001
Трудности поддержания сна за последние 12 мес Difficulties in maintaining sleep over the past 12 months	53(52)	34(61,8)	21(53,8)	0,488
Трудности поддержания сна за последние 30 сут Difficulty maintaining sleep over the past 30 days	62(60,8) О*, П**	25(45,5) А*, П*	9(23,1) А**, О*	<0,001
Раннее пробуждение когда-либо в жизни Early awakening ever in life	58(56,9) П**	39(70,9) П**	39(100) А**, О**	<0,001
Раннее пробуждение за последние 12 мес Early awakening over the past 12 months	65(63,7) О**	24(43,6) А*, П**	30(76,9) О**	0,003
Раннее пробуждение за последние 30 сут Early awakening over the past 30 days	75(73,5) О**	12(21,8) А**, П**	24(61,5) О**	<0,001
Дневная сонливость когда-либо в жизни Daytime sleepiness ever in life	68(66,7) П**	42(76,4) П**	39(100) А**, О**	<0,001
Дневная сонливость за последние 12 мес Daytime sleepiness over the past 12 months	69(67,6) П**	37(67,3) П*	34(87,2) А**, О*	0,052
Дневная сонливость за последние 30 сут Daytime sleepiness over the past 30 days	70(68,6) О**	26(47,3) А**, П*	26(66,7) О*	0,025
Отсутствие бодрости после пробуждения когда-либо в жизни Lack of vigor after waking up ever in life	70(68,6) П**	43(78,2) П*	37(94,9) А**, О*	0,004
Отсутствие бодрости после пробуждения за последние 12 мес Lack of vigor after waking up over the past 12 months	72(70,6) П**	37(67,3) П**	11(28,2) А**, О**	<0,001
Отсутствие бодрости после пробуждения за последние 30 сут Lack of vigor after waking up over the past 30 days	73(71,6) О**, П**	28(50,9) А**, П**	7(17,9) А**, О**	<0,001

Примечание. Парные межгрупповые сравнения проводились также при помощи точного критерия Фишера, статистическая значимость различий указана для каждого показателя в каждой группе при сравнении: с группой пациентов с синдромом зависимости от алкоголя (АЗ) – А, синдромом зависимости от опиатов (ОЗ) – О, синдромом зависимости от нескольких ПАВ (ПЗ) – П; абс. – абсолютное количество (здесь и в табл. 2).

<sup>1</sup> р-значения по точному критерию Фишера (здесь и в табл. 2); \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

Note. Pairwise intergroup comparisons were also carried out using the Fisher exact test, the statistical significance of the differences is indicated for each indicator in each group when compared with: a group of patients with alcohol dependence (AD) – A, opiate dependence (OD) – O, and polysubstance dependence (PD) – P; abs. – absolute amount (here and in table. 2).

<sup>1</sup>  $p$ -values according to the exact Fisher criterion (here and in table. 2); \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ .

Для группы АЗ характерны все нарушения сна, изучаемые в данном исследовании, в различные временные интервалы: частота встречаемости за последние 30 сут – 60,8–71,6%, за последние 12 мес – 52,0–70,6%, а когда-либо в жизни – 48,0–68,6%. При проведении сравнения с группами наркопотребителей (ОЗ и ПЗ) в группе АЗ за последние 30 сут значительно чаще встречались ОБП и ТЗ и ТПС (см. табл. 1).

В группе ОЗ ( $n = 55$ ) наиболее частыми жалобами были нарушения сна, беспокоящие когда-либо в жизни: ОБП, ТЗ и ТПС (по 78,2%), ДС (76,4%) и РП (70,9%). Реже выявлялись жалобы на нарушения сна за последние 12 мес (43,6–67,3%) и последние 30 сут (21,8–50,9%). Интересно, что в группе ОЗ при сравнении с группами АЗ и ПЗ статистически значимо реже встречались РП в течение последних 12 мес и 30 сут и ДС за последние 30 сут (см. табл. 1). Отметим, что мы не выявили статистически значимых различий

по частоте показателей ТЗ и ТПС за последние 12 мес между нозологическими группами, однако данные симптомы встречались у большинства (52,0–71,8%) испытуемых во всех группах (см. табл. 1).

Таким образом, в группах ОЗ и ПЗ более часто имели место нарушения сна в прошлом (когда-либо в жизни и в последние 12 мес), но не за последние 30 сут, что статистически значимо чаще отмечалось в группе АЗ. Следует отметить, что на момент проведения опроса никто из участников исследования не получал фармакологического лечения, которое могло бы оказывать терапевтический эффект на нарушения сна.

В связи с выявленной низкой частотой встречаемости нарушений сна за последние 30 сут в группах ОЗ и ПЗ по сравнению с группой АЗ, мы дополнительно провели анализ влияния ремиссии на частоту встречаемости нарушений сна среди участников данных групп (табл. 2).

Таблица 2  
Table 2

Показатели нарушений сна у испытуемых в группах ОЗ и ПЗ в зависимости от ремиссии наркологического заболевания, $n = 94$			
The frequency of the sleep disturbances in the groups of participants with opioid and psychostimulants use disorders depends on the remission of substance use disorder, $n = 94$			
Показатель Parameter	Группа активных потребителей, $n = 82$ , абс.(%) Group of active users, $n = 82$ , abs.(%)	Группа в ремиссии, $n = 12$ , абс.(%) Group in remission, $n = 12$ , abs.(%)	$p^1$
Трудности засыпания когда-либо в жизни Difficulty falling asleep ever in life	70(85,4)	12(100)	0,172
Трудности засыпания за последние 12 мес Difficulty falling asleep over the past 12 months	56(68,3)	9(75,0)	0,466
Трудности засыпания за последние 30 сут Difficulty falling asleep over the past 30 days	40(48,8)	0(0)	<0,001
Трудности поддержания сна когда-либо в жизни Difficulties in maintaining sleep ever in life	70(85,4)	12(100)	0,174
Трудности поддержания сна за последние 12 мес Difficulties in maintaining sleep over the past 12 months	47(57,3)	8(66,7)	0,388
Трудности поддержания сна за последние 30 сут Difficulties in maintaining sleep over the past 30 days	33(40,2)	1(8,3)	0,028
Раннее пробуждение когда-либо в жизни Early awakening ever in life	67(81,7)	9(75)	0,354
Раннее пробуждение за последние 12 мес Early awakening over the past 12 months	48(58,5)	6(50,0)	0,400
Раннее пробуждение за последние 30 сут Early awakening over the past 30 days	36(43,9)	0(0)	<0,001
Дневная сонливость когда-либо в жизни Daytime sleepiness ever in life	69(84,1)	12(100,0)	0,152
Дневная сонливость за последние 12 мес Daytime sleepiness over the past 12 months	61(74,4)	10(83,3)	0,402
Дневная сонливость за последние 30 сут Daytime sleepiness over the past 30 days	50(61,0)	2(16,7)	0,013

Окончание табл. 2  
End of table 2

Показатель Parameter	Группа активных потребителей, <i>n</i> = 82, абс.(%) Group of active users, <i>n</i> = 82, abs.(%)	Группа в ремиссии, <i>n</i> = 12, абс.(%) Group in remission, <i>n</i> = 12, abs.(%)	<i>p</i> <sup>1</sup>
Трудности засыпания когда-либо в жизни Difficulty falling asleep ever in life	70(85,4)	12(100)	0,172
Трудности засыпания за последние 12 мес Difficulty falling asleep over the past 12 months	56(68,3)	9(75,0)	0,466
Трудности засыпания за последние 30 сут Difficulty falling asleep over the past 30 days	40(48,8)	0(0)	<0,001
Трудности поддержания сна когда-либо в жизни Difficulties in maintaining sleep ever in life	70(85,4)	12(100)	0,174
Отсутствие бодрости после пробуждения когда-либо в жизни Lack of vigor after waking up ever in life	70(85,4)	10(83,3)	0,575
Отсутствие бодрости после пробуждения за последние 12 мес Lack of vigor after waking up over the past 12 months	43(52,4)	5(41,7)	0,357
Отсутствие бодрости после пробуждения за последние 30 сут Lack of vigor after waking up over the past 30 days	82(87,2)	1(12,8)	0,018

Больные в группах ОЗ и ПЗ, находившиеся в состоянии ремиссии (т.е. воздерживающиеся от потребления ПАВ в настоящее время) (*n* = 12, из них 50,0% были в группе ОЗ), статистически значимо не отличались по частоте нарушений сна, беспокоящих в течение жизни или за последние 12 мес, от тех больных, которые находились в стадии активного употребления ПАВ (*n* = 82, из них 40,2% были в группе ОЗ). Однако в группах больных ОЗ и ПЗ, активно потребляющих ПАВ, статистически значимо чаще встречались нарушения сна в течение последних 30 сут, включая трудности засыпания, трудности поддержания сна, раннее пробуждение, дневную сонливость и отсутствие бодрости после пробуждения (см. табл. 2).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Данное исследование показало, что более половины больных во всех группах испытывали различные симптомы нарушений сна в течение жизни, включая трудности засыпания, трудности поддержания сна, раннее пробуждение, дневную сонливость и отсутствие бодрости после пробуждения. В период ремиссии пациенты с зависимостью от опиоидов и полисубстантной зависимостью значительно реже отмечали трудности засыпания, трудности поддержания сна, раннее пробуждение и дневную сонливость в течение последних 30 сут.

Распространенность нарушений сна в изученной выборке пациентов с синдромом зависимо-

сти от алкоголя, опиоидов и полисубстантной зависимостью схожа с цифрами, полученными в других исследованиях, где частота расстройств сна регистрировалась в диапазоне 40–90% [6, 9]. Следует отметить, что эти значения выше показателей встречаемости данных расстройств в общей популяции в России (21%) [10]. Как наши собственные, так и литературные данные свидетельствуют о высокой частоте коморбидности инсомнического и аддиктивного расстройств, а также подчеркивают актуальность изучения механизмов возникновения и развития нарушений сна у наркологических больных.

Результаты ранее проведенных исследований взаимосвязи между наркологическим заболеванием и инсомнией довольно противоречивы. Так, в лонгитудинальном исследовании нарушений сна у пациентов с алкоголизмом показано отсутствие взаимосвязи между тяжестью зависимости и нарушениями сна при включении в исследование, однако авторы отмечают, что расстройства сна реже беспокоили больных в стадии ремиссии и при снижении потребления алкоголя [11]. По мнению других исследователей, отсутствие взаимосвязи между тяжестью зависимости и инсомнией может объясняться наличием преморбидной инсомнии, т.е. инсомнии, существовавшей до развития алкогольного заболевания [12]. Выявленное улучшение сна в процессе снижения количества употребляемого алкоголя или воздержания от употребления алкоголя может служить косвенным

свидетельством наличия причинно-следственной взаимосвязи между употреблением алкоголя и развитием нарушений сна. Однако инсомнические расстройства могут быть вызваны существованием других коморбидных факторов, в частности наличием психических заболеваний или психологических особенностей, и тогда улучшение сна, связанное со снижением употребления алкоголя, может быть обусловлено именно с сопутствующим улучшением психологического состояния при сокращении количества потребляемого алкоголя или полном отказе от него. Наконец, снижение потребления алкоголя может селективно положительно влиять на те нарушения сна, которые вызваны потреблением алкоголя при сохранении преморбидных инсомнических расстройств, не связанных с употреблением этанола.

В данном кросс-секционном исследовании проводился только ретроспективный анализ роли фактора ремиссии на частоту встречаемости нарушений сна, что накладывает определенные ограничения на выводы о причинно-следственной взаимосвязи между потреблением ПАВ и инсомническими расстройствами. Однако полученные результаты свидетельствуют о том, что нарушения сна наблюдаются значительно реже в стадии ремиссии у групп ОЗ и ПЗ (отметим, что в настоящем исследовании ремиссия – это минимум 10 мес воздержания от употребления ПАВ). Данный результат имеет практическое значение. Во-первых, ремиссии продолжительностью 10 мес и более оказывает положительное действие на сон, что важно учитывать при выборе оптимальной терапевтической тактики лечения синдрома зависимости. Во-вторых, при выборе терапии наркологического заболевания необходимо принимать во внимание другие возможные этиологические факторы нарушений сна у наркологических больных после проведения дезинтоксикационной терапии, не связанные с потреблением ПАВ.

Результаты исследований ряда других авторов указывают на то, что некоторые пациенты продолжают сообщать о нарушениях сна, несмотря на достижение стабильной ремиссии (25%), а также при снижении потребления алкоголя или умеренном употреблении алкоголя (8%) [11]. Известно, что для пациентов с алкогольным заболеванием инсомния является фактором риска рецидива [13, 14]. Очевидно, необходимо проведение лонгитудинальных исследований пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в стадии ремиссии для оценки связи между нарушениями сна и фазами аддиктивного заболевания (ремиссий и рецидивом).

Данное исследование было пилотным и имело ряд ограничений. Во-первых, относительно небольшой объем выборки (192 больных). Во-вторых, сбор данных о нарушениях сна основан на ретроспективных самоотчетах больных. В-третьих, не проводились оценка инсомнических нарушений в соответствии с критериями МКБ-10 и объективная оценка нарушений сна с помощью специального оборудования (например, актиметр, полисомнограф). Кроме того, мы не проводили оценку других возможных факторов, влияющих на бессонницу, таких, например, как гигиена сна и внешние факторы, оказывающие воздействие на циркадные ритмы человека. Данные ограничения должны приниматься во внимание при интерпретации результатов, полученных в данном исследовании. Поскольку дизайн исследования был кросс-секционным, полученные данные не позволяют сделать однозначных выводов о причинно-следственной связи между нарушениями сна и потреблением ПАВ. Однако результаты данного исследования косвенно свидетельствуют о наличии тесных взаимосвязей между нарушениями циркадного ритма и клиническими особенностями наркологических заболеваний, а также указывают на необходимость и актуальность проведения лонгитудинальных исследований роли нарушений сна в течении аддиктивных заболеваний у наркологических больных с использованием объективных методов оценки нарушений и качества сна (наручной актиграфии и (или) полисомнографии).

Несмотря на вышеперечисленные ограничения, данное исследование имеет несколько важных методологических достоинств, к которым относится мультицентровый набор участников, проведение адекватной селекции пациентов при формировании выборки с помощью критериев включения и невключения, а также анализ нарушений сна у больных с различными наркологическими диагнозами на разных фазах аддиктивного цикла.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Полученные данные подтверждают результаты ряда предыдущих исследований, свидетельствующих о высокой частоте встречаемости нарушений сна среди пациентов с наркологическими заболеваниями, включая зависимость от алкоголя, опиоидов и полисубстантную зависимость. Среди больных с АЗ наиболее часто имели место расстройства сна в недавнее время (за последние 30 сут и последний год), что, возможно, обусловлено отсутствием устойчивой ремиссии



за последний год в данной группе пациентов. Анализ данных группы наркопотребителей продемонстрировал важную роль продолжительной ремиссии в улучшении сна: большинство пациентов, достигших ремиссии продолжительностью более 10 мес, отрицали наличие расстройств сна в течение недавнего времени (за последние 30 сут). Несмотря на то, что в группе пациентов, воздерживающихся от употребления ПАВ, реже выявлялись нарушения сна за последние 30 сут по сравнению с группой активных потребителей, в данной группе регистрировалась высокая распространенность расстройств сна в течение последнего года и в течение жизни, что, возможно, указывает на потенциальную роль потребления ПАВ в формировании нарушений сна. Таким образом, представляется целесообразным дальнейшее углубленное изучение нарушений сна и клинических особенностей течения синдромов зависимости от ПАВ, а также более внимательная оценка нарушений сна и их своевременное лечение врачами-наркологами.

#### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

- Smith N., Hill R., Marshall J., Keaney F., Wanigaratne S. Sleep related beliefs and their association with alcohol relapse following residential alcohol detoxification treatment. *Behav. Cogn. Psychother.* 2014; 42 (5): 593–604. DOI: 10.1017/S1352465813000465.
- Angarita G.A., Emadi N., Hodges S., Morgan P.T. Sleep abnormalities associated with alcohol, cannabis, cocaine, and opiate use: a comprehensive review. *Addict. Sci. Clin. Pract.* 2016; 11 (1): 9. DOI: 10.1186/s13722-016-0056-7.
- Roehrs T.A., Roth T. Sleep disturbance in substance use disorders. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2015; 38 (4): 793–803. DOI: 10.1016/j.psc.2015.07.008.
- Sorscher A.J., Siddiqui A.A., Olson A., Johnson D. Pharmacotherapy for chronic insomnia: A brief survey of PCP attitudes and preferences. *J. Sleep Disor: Treat Care.* 2016; 5: 1. DOI: 10.4172/2325-9639.1000169.
- Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Расстройства сна и их лечение. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2010; 110 (9): 70–75. [Poluektov M.G., Levin Ya.I. Sleep disorders and their treatment. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2010; 110 (9): 70–75. (in Russ.)].
- Brower K.J. Insomnia, alcoholism and relapse. *Sleep Med. Rev.* 2003; 7 (6): 523–539. DOI: 10.1016/S1087-0792(03)90005-0.
- Miller M.B., Donahue M.L., Carey K.B., Scott-Sheldon L.A. Insomnia treatment in the context of alcohol use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug. Alcohol. Depend.* 2017; 181: 200–207. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2017.09.029.
- Morin C.M., Belleville G., Bélanger L., Ivers H. The Insomnia Severity Index: Psychometric Indicators to Detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep.* 2011; 34 (5): 601–608. DOI: 10.1093/sleep/34.5.601.
- Cohn T., Foster J., Peters T. Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addict. Biol.* 2003; 8 (4): 455–462. DOI: 10.1080/13556210310001646439.
- Голеньков А.В., Полуэктов М.Г. Распространенность нарушений сна у жителей Чувашии (данные сплошного анкетного опроса). *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2011; 111 (6): 64–67. [Golenkov A.V., Poluektov M.G. The prevalence of sleep disorders among residents of Chuvashia (data from a continuous questionnaire survey). *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry.* 2011; 111 (6): 64–67 (in Russ.)].
- Brower K.J., Krentzman A., Robinson E.A.R. Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *Am. J. Addict.* 2011; 20 (5): 435–440. DOI: 10.1111/j.1521-0391.2011.00152.x.
- Brower K.J. Assessing and treating insomnia related to alcohol use disorders. *Curr. Addict. Rep.* 2016; 3 (1): 98–108. DOI: 10.1007/s40429-016-0083-1.
- Brower K.J., Perron B.E. Sleep disturbance as a universal risk factor for relapse in addictions to psychoactive substances. *Med. Hypotheses. Elsevier Ltd.* 2010; 74 (5): 928–933. DOI: 10.1016/j.mehy.2009.10.020.
- Dolsen M.R., Harvey A.G. Life-time history of insomnia and hypersomnia symptoms as correlates of alcohol, cocaine and heroin use and relapse among adults seeking substance use treatment in the United States from 1991 to 1994. *Addiction.* 2017; 112 (6): 1104–1111. DOI: 10.1111/add.13772.

#### Вклад авторов

Все авторы в равной степени участвовали в разработке концепции и дизайна исследования. Сбор данных проводился Д.Н. Кучменко, И.Н. Гениной и О.В. Гончаровым. Анализ и интерпретация данных проведены М.В. Ветровой, К.В. Рыбаковой и Е.М. Крупицким. Все авторы принимали участие в подготовке статьи, утверждении окончательного варианта статьи и ответственны за целостность всех частей статьи.

#### Authors contributions

All authors equally participated in the development of the concept and design of the study. Data collection was carried out by D.N. Kuchmenko, I.N. Genina and O.V. Goncharov. Analysis and interpretation of data was conducted by M.V. Vetrova, K.V. Rybakova and E.M. Krupitsky. All authors took part in the preparation of the article, approval of the final version of the article and are responsible for the integrity of all parts of the article.

**Сведения об авторах**

**Ветрова Марина Владиславовна**, науч. сотрудник, лаборатория клинической фармакологии аддиктивных состояний, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0002-9698-0327.

**Кучменко Денис Николаевич**, мл. науч. сотрудник, отделение лечения больных алкоголизмом, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0001-8033-4833.

**Генина Ирина Николаевна**, врач психиатр-нарколог, зав. отделением, Городская наркологическая больница, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0003-2265-9108.

**Гончаров Олег Валерьевич**, канд. мед. наук, ст. науч. сотрудник, отделение лечения больных алкоголизмом, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0003-2110-5525.

**Рыбакова Ксения Валерьевна**, канд. мед. наук, вед. науч. сотрудник, отделение лечения больных алкоголизмом, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0003-1797-1121.

**Семенова Наталья Владимировна**, д-р мед. наук, гл. науч. сотрудник, руководитель научно-организационного отделения, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0002-2798-8800.

**Зубова Елена Юрьевна**, д-р мед. наук, руководитель учебного центра, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0002-8941-2460.

**Киселев Алексей Сергеевич**, специалист по биомедицинской статистике, НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0003-3145-1448.

**Незнанов Николай Григорьевич**, д-р мед. наук, профессор, директор НИПНИ им. В.М. Бехтерева, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0001-5618-4206.

**Крупницкий Евгений Михайлович**, д-р мед. наук, проф., руководитель отдела аддиктологии, зам. директора по научной части НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева; зав. лабораторией клинической фармакологии аддиктивных состояний, ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, г. Санкт-Петербург. ORCID iD 0000-0002-0529-4525.

(✉) **Ветрова Марина Владиславовна**, e-mail: mvetrova11@bk.ru.

Поступила в редакцию 14.08.2018  
Подписана в печать 12.09.2019

**Authors information**

**Vetrova Marina V.**, Research Associate, Laboratory of Clinical Pharmacology of Addictions, I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-9698-0327.

**Kuchmenko Denis N.**, Junior Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-8033-4833.

**Genina Irina N.**, Addiction Psychiatrist, Head of the Department, State Addiction Hospital, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2265-9108.

**Goncharov Oleg V.**, PhD, Senior Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-2110-5525.

**Rybakova Ksenia V.**, PhD, Leading Researcher, Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-1797-1121.

**Semenova Natalia V.**, DM, Senior Researcher, Chief of the Research Organization Department, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-2798-8800.

**Zubova Elena Yu.**, DM, Chief of the Training Center, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-8941-2460.

**Kiselev Alexei S.**, Biostatistician, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0003-3145-1448.

**Neznanov Nikolay G.**, DM, Professor, Director, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0001-5618-4206.

**Krupitsky Evgeny M.**, DM, Professor, Deputy Director for Science and Head of the Department of Addictions, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology; Chief of the Laboratory of Clinical Psychopharmacology of Addictions, I.P. Pavlov First St.-Petersburg State Medical University, St.-Petersburg, Russian Federation. ORCID iD 0000-0002-0529-4525.

(✉) **Vetrova Marina V.**, e-mail: mvetrova11@bk.ru.

Received 14.08.2018  
Accepted 12.09.2019