

Г.В. КОВРОВ, д.м.н., профессор, Е.И. РАССКАЗОВА, к.п.н., М.А. ЛЕБЕДЕВ, к.м.н., С.Ю. ПАЛАТОВ, к.м.н.,
лаборатория патологии вегетативной нервной системы Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

ИНСОМНИЯ И НАРУШЕНИЕ ДНЕВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

В статье обсуждаются клинико-диагностические аспекты расстройств сна, поведенческие и когнитивные нарушения у пациентов с инсомнией, а также связь инсомнии с соматической патологией. Представлены современные подходы к лечению нарушений сна, в т. ч. принципы назначения лекарственной терапии.

Ключевые слова: нарушения сна, инсомния, снотворные средства, доксиламин

Согласно последней Международной классификации расстройств сна 2005 г. (ICSD) инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида». Впервые в определение инсомнии в практике создания международных классификаций вошло представление, что инсомния – это не только плохое качество сна, но и нарушение дневного функционирования. В частности, в той же классификации приводится перечень основных расстройств бодрствования, которые могут присутствовать у больных инсомнией. Для постановки диагноза инсомнии необходимо выявить как минимум одну из следующих форм дневного ухудшения функционирования, которые связаны с трудностями ночного сна: усталость или недомогание, снижение внимания, памяти, социальная или профессиональная дисфункция или снижение обучаемости, нарушение настроения или раздражительность, дневная сонливость, снижение мотиваций, энергии или инициативы, предрасположенность к несчастным случаям на работе или во время вождения автомобиля, напряженность, головные боли или гастроинтестинальные симптомы в ответ на плохой сон, волнение или беспокойство о сне [1].

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ДИАГНОСТИКА ИНСОМНИИ

По данным российских исследователей [2], больные с инсомнией отмечают в период бодрствования жалобы на общее беспокойство (78%), снижение концентрации внимания (62%), снижение энергии (62%), вялость (34%), утомляемость вечером (25%), также у них отмечается усиление вегетативных расстройств и тревоги. Следует отметить, что данный перечень симптомов не отражает полную картину клинических нарушений в период бодрствования; симптоматика расстройств адаптации, связанная с плохим сном, может быть намного шире. Однако с учетом того, что упомянутое исследование расстройств сна и бодрствования касалось

легкой инсомнии, было сделано предположение, что вышеотмеченные проблемы нарушения бодрствования являются первыми маркерами дневной дезадаптации у больных с инсомнией и отражают именно легкую степень расстройств сна. Другие, характерные для инсомнии жалобы (социальная дезадаптация, снижение настроения, дневная сонливость, снижение работоспособности, приводящее к ошибкам или каким-либо инцидентам) могут свидетельствовать о более выраженной степени инсомнии.

Постановка диагноза инсомнии основана исключительно на клинической картине, в то время как дополнительные методы исследования сна необходимы для проведения дифференциальной диагностики и выявления особенностей инсомнии. Часто недооценивается активность со стороны пациентов в предъявлении жалоб на нарушение сна. Активное предъявление жалоб на плохой сон и нарушения адаптации в период бодрствования является ярким клиническим феноменом и отражает актуальность проблемы инсомнии для самого больного. При наличии ведущих жалоб на плохой сон и второстепенных – на нарушение функционирования в период бодрствования у пациентов отмечается преувеличение роли сна в его влиянии на качество жизни, развитие т. н. дисфункциональных убеждений («неправильных» представлений о том, что большинство проблем связано с плохим сном). Для этих пациентов характерен целый комплекс жалоб на нарушение засыпания, боязнь не заснуть, дневную сонливость и минимальной представленностью ранних пробуждений, тогда как проблемы нарушения дневной адаптации, как правило, не высказываются. Появление в структуре всех инсомнических жалоб акцента на проблеме засыпания и появлении дневной сонливости, по всей видимости, можно рассматривать как клиническое проявление прогрессирования инсомнии и развития повышенного беспокойства именно в отношении нарушенного сна, а не бодрствования. С другой стороны, при отсутствии выраженных симптомов нарушений сна и функционирования в дневное время пациенты склонны игнорировать проблему существующей инсомнии.

Неадекватные (дисфункциональные) представления пациентов с инсомнией о влиянии сна на качество бодрствования (оцениваемые с помощью опросника DBAS-16) имеют достоверную ($p < 0,05$) взаимосвязь с тревогой и

тяжестью нарушений сна (коэффициенты корреляции: +0,57 и +0,70 соответственно), тогда как тяжесть инсомнии и тревога не всегда достоверно коррелируют между собой (речь идет только о легкой инсомнии). Вероятно, это связано с тем, что неадекватное отношение ко сну больных, которое, как правило, остается за рамками клинической оценки и диагноза, является важным фактором патогенеза и хронизации инсомнии, что согласуется с полученными ранее данными [3].

■ *Постановка диагноза инсомнии основана исключительно на клинической картине, в то время как дополнительные методы исследования сна необходимы для проведения дифференциальной диагностики и выявления особенностей инсомнии*

Одной из наиболее обсуждаемых в литературе проблем является оценка когнитивных функций у больных инсомнией. Так, существуют различные представления о влиянии инсомнии на память и внимание. Ряд специалистов считает, что у больных инсомнией страдают когнитивные функции [4–6], другие авторы не разделяют эту точку зрения, утверждая, что нарушения сна не оказывают на них значимого влияния [7–9]. Есть несколько причин существующих противоречий: методология исследования (использование разных методик оценки когнитивных функций), неоднородность групп обследованных больных (тяжесть расстройств, нозологическая принадлежность и другие факторы). На примере проведенного нами исследования пациентов с легкой психофизиологической инсомнией (наиболее часто встречающейся в общей практике) было показано субъективно-объективное несоответствие в отношении когнитивных процессов. В частности, жалобы на снижение памяти и способности концентрировать внимание у больных не находят объективного подтверждения ухудшения этих функций при тестировании.

Наличие у больных инсомнией как «ночных», так и «дневных» симптомов формирует у пациента определенное представление о собственной болезни, что приводит к соответствующему внутреннему ранжированию всех проблем и предъявлению жалоб больными с акцентом на интересующей больного теме [10]. А у врача возникает соблазн рассматривать не всю картину заболевания, а акцентировать внимание только на основных жалобах пациента, что иногда может иметь негативные последствия. Из-за полиморфности дневной симптоматики инсомнии у больного нередко диагностируют самые разные синдромы и заболевания в зависимости от того, к какому специалисту попадает пациент (к примеру: астенический синдром, вегетососудистая дистония и ее частные проявления, синдром раздраженного кишечника и др.). Так, исследование пациентов с психовегетативным синдромом [11] показало, что нарушения сна отмечались у 70% пациентов, из которых половина активно жаловалась на

нарушения сна, при этом инсомния не была вынесена в диагноз ни у одного из них. Все это свидетельствует о недостаточном внимании врачей к проблеме качества сна. В той же работе было доказано, что плохой сон у пациентов оказывает негативное влияние на самочувствие, которое носит неспецифический характер. В частности, было показано, что плохой сон снижает настроение и ухудшает самочувствие в течение всего дня.

Тревожно-депрессивный синдром, отмечаемый у больных с инсомнией, характеризует не только нарушение качества бодрствования, но и качества ночного сна, а именно трудности засыпания и поверхностный сон. При усилении тревожного компонента происходит сокращение времени ночного сна, а при усилении депрессивного – увеличение количества ночных пробуждений, раннее окончательное пробуждение, дневная сонливость и ухудшение самочувствия в утренние часы.

Не менее важным аспектом качества бодрствования у пациентов с инсомнией является поведенческая активность. В психологической практике часто оцениваются поведенческие реакции при инсомнии. Основой одной из классификаций стратегий самопомощи [12] послужила степень активности/пассивности больных. В соответствии с данными представлениями ухудшение состояния больных связано с нарастанием, а затем снижением их активности. Исследования когнитивных нарушений при инсомнии [13] позволяют выделить еще одну особенность в поведении пациентов – гибкость/ригидность внимания больных к своему сну, что обуславливает самомониторинг и самоограничительное поведение. Ранее в диссертационной работе Е.И. Рассказовой были изложены следующие основные стратегии поведения при инсомнии:

1. *Самоограничительное поведение* представляет собой сужение круга привычных действий. После бессонной ночи такой больной старается себя «не загружать», отоспаться с утра, не вступать в конфликты.

2. *Пассивное принятие заболевания и психологическая зависимость от лекарств.* Характерно, что больные очень подробно рассказывают о лекарствах, но плохо рефлексировать связь бессонницы с внешними обстоятельствами (становится ли им легче в определенное время года, во время отдыха, тяжелее – в стрессовых ситуациях), или убеждены, что бессонница у них ни с чем не связана. Прием назначенных врачом препаратов не требует от больных собственной активности (кроме визитов к специалисту) и ответственности. Подобное поведение обычно сочетается с принятием собственной болезни.

3. *Ритуал сна* – стереотипно повторяющиеся действия по подготовке ко сну. Их последовательность является более или менее постоянной и привычной.

4. *Активные изменения в жизни* – высокая собственная активность и поиск новых средств самопомощи при попытке изменить качество бодрствования и свою жизнь в целом. Примером могут являться любые попытки активного изменения стереотипов собственного поведения (решения конфликтов, переживания травматической ситуации и т. п.) и

действия в рамках самопомощи днем (длительные дневные прогулки, физические упражнения, дыхательная гимнастика). Нарушение гигиены сна и деятельность больного перед сном рассматриваются как возможные триггеры нарушений сна, которые усиливаются с развитием инсомнии и впоследствии играют роль хронифицирующих факторов. Активность/пассивность больных, а также гибкость/ригидность их внимания ко сну, которые проявляются в действиях самомониторинга, могут способствовать переходу заболевания в хроническую форму.

По нашим наблюдениям, изменения поведения при инсомнии широко распространены. Характерны нарушения гигиены сна и самоограничительное поведение. Следует отметить, что лишь малая часть больных из исследованной нами выборки применяли активные стратегии управления заболеванием в течение дня. Для больных с нарушениями гигиены сна были характерны более частые ночные пробуждения, другие различия – ни по длительности заболевания, ни по остальным объективным показателям – не выявлены. Интересно, что по данным субъективной оценки связи между частотой ночных пробуждений и нарушением гигиены сна не наблюдалось. По всей видимости, при хронической инсомнии нарушения гигиены сна являются не столько изначальным триггером, сколько следствием ухудшения состояния (стремление «отоспаться») и их влияние может быть более выражено в начале развития заболевания.

Несмотря на то что в поведенческих моделях инсомнии особенности поведения рассматриваются как причина усугубления симптоматики, они могут являться также следствием тяжести состояния. К возможным механизмам, опосредующим влияние поведения на симптоматику при инсомнии, относятся ригидность внимания больного к качеству сна и физиологическое возбуждение, усиление депрессивности и тревожности, формирование «порочно-го» круга тревоги [14].

Кроме этого, необходимо подчеркнуть, что согласно современным представлениям, инсомния связана с соматическим состоянием. В частности, было показано [15], что у лиц, не достигших на фоне гипотензивной терапии нормального уровня АД в ночное время, отмечался достоверно менее качественный сон, чем у пациентов с адекватным снижением уровня ночного АД. Это касалось пресомнических (время засыпания), интрасомнических (частота ночных пробуждений) и постсомнических (качество утреннего пробуждения) характеристик субъективного качества ночного сна. Полученные данные позволили сделать предположение о наличии взаимосвязи инсомнии с неадекватным снижением ночного АД.

Сравнение особенностей профиля АД у лиц с наличием и отсутствием инсомнии показало, что у 75% больных с жалобами на нарушения сна, по данным анкетирования, АД в ночное время не снижалось до нормальных цифр, что достоверно выше доли лиц с недостаточным ночным снижением АД среди пожилых пациентов без инсомнии (6%). Эти данные частично сопоставлены с результатами

исследований связи инсомнии и АД у больных гипертонической болезнью (ГБ) среднего возраста, проведенных Л.И. Ольбинской с соавт. [16]. Авторами было показано, что у лиц с жалобами на нарушенный сон степень ночного снижения САД и ДАД в процентах была достоверно ниже, чем у больных с нормальным сном (САД/ДАД в первой группе $7,6 \pm 6,8/7,3 \pm 6,1\%$ против $11,9 \pm 6,6/9 \pm 6,7\%$ во второй). В пожилом возрасте происходят физиологические изменения структуры сна: удлинение времени засыпания, увеличение числа ночных пробуждений и продолжительности ночного бодрствования, снижение представленности 3-й и 4-й стадий сна. В связи с высокой распространенностью нарушений сна в этой возрастной группе, представляется очевидной необходимость учета объективной структуры сна при интерпретации данных СМАД у пожилых больных ГБ [17]. В ряде работ было показано, что у пожилых больных с ГБ и нарушениями сна в результате лечения инсомнии с помощью современных средств на фоне стандартной гипотензивной монотерапии наряду с улучшением субъективных и объективных характеристик сна отмечалась положительная динамика показателей артериального давления [15, 18]. Это еще раз подчеркивает, что нарушения сна и соматическая патология тесно связаны. Лечение «болезней бодрствования» будет более эффективным, если не оставлять без внимания проблему нарушений сна. В свою очередь, лечение инсомнии всегда должно проводиться с учетом соматического состояния пациента.

■ Из-за полиморфности дневной симптоматики инсомнии у больного нередко диагностируют самые разные синдромы и заболевания в зависимости от того, к какому специалисту попадает пациент (к примеру: астенический синдром, вегетососудистая дистония и ее частные проявления, синдром раздраженного кишечника и др.)

ЛЕЧЕНИЕ

Спектр современных подходов к лечению инсомнии, как нефармакологических, так и фармакологических, достаточно широк [19]. Из нелекарственных методов наиболее перспективным является психотерапия (когнитивная и поведенческая). Важный и неотъемлемый компонент лечения любых форм бессонницы – гигиена сна, что предполагает соблюдение следующих рекомендаций:

- сократить время пребывания в постели;
- ложиться спать и вставать в одно и то же время;
- повысить активность (физическую и психическую) в первой половине дня;
- исключить дневной сон, особенно во второй половине дня;
- не употреблять на ночь чай, кофе, не переедать;

- избегать стрессовых ситуаций, уменьшить умственную нагрузку в вечернее время;
 - включить в распорядок дня физические нагрузки в вечернее время, но не позднее, чем за 3 часа до сна.
 - регулярно проводить водные процедуры перед сном.
- Можно принимать теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления, в некоторых случаях – прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания). Контрастные водные процедуры, горячие или холодные ванны оказывают возбуждающий эффект.

Эти рекомендации необходимо обсуждать индивидуально с каждым пациентом и объяснять важность именно данного подхода.

■ Тревожно-депрессивный синдром, отмечаемый у больных инсомнией, характеризует не только нарушение качества бодрствования, но и качества ночного сна, а именно трудности засыпания и поверхностный сон

Принципы лекарственного лечения инсомнии, правила назначения снотворных средств широко обсуждаются в современной медицинской литературе. Современные гипнотики представлены снотворными препаратами с периодом полураспада, длительность которого соответствует продолжительности сна (не более 8 часов). Применение их связано с меньшим количеством побочных эффектов, отмечаемых у пациентов после окончательного утреннего пробуждения. К таким препаратам относятся мелатонин, доксиламин, Z-препараты (имидазоперидины, циклопирролоны), некоторые бензодиазепины. Другие средства, применяемые в лечении инсомнии, не являются снотворными средствами в чистом виде и направлены как на коррекцию сна, так и на устранение других симптомов (например, некоторые антидепрессанты, бензодиазепины, нейролептики имеют разные точки клинического воздействия и используются в соответствии с поставленным диагнозом). Важно подчеркнуть, что при впервые возникшей инсомнии предпочтение следует отдавать наиболее безопасным средствам, а не препаратам с сильным снотворным действием (феназепам и др.), которые могут вызывать эффект привыкания, синдром отмены и другие нежелательные явления. В этом отношении наиболее безопасны препараты на растительной основе (боярышник, пустырник и др.), хотя, как правило, они могут использоваться и для коррекции проблем бодрствования (снятия напряжения, тревоги и т. д.). Больным с проблемами засыпания и связанной с этим повышенной тревожностью можно назначать препараты с выраженным снотворным эффектом из групп бензодиазепинов и антидепрессантов. Нужно отметить, что иногда даже идеально подобранный гипнотик не в состоянии решить проблему нарушений сна. Это не означает, что используемое средство является неэффективным, а свидетельствует об индивиду-

альной чувствительности организма больного к гипнотику. В какой-то степени подбор адекватной снотворной терапии является искусством, поскольку ответов на многие вопросы, связанные с прогнозированием эффективности терапии, не существует.

За последние годы новых групп лекарственных препаратов для лечения инсомнии не появилось, хотя новые формы выпуска ЛС могут представлять интерес для сомнологов. В настоящее время на российском фармацевтическом рынке появился препарат Валокордин-Доксиламин, который выпускается в форме капель для приема внутрь. Преимуществом данной формы выпуска является возможность индивидуально подбирать необходимую дозу, что важно для всех категорий пациентов, нуждающихся в медикаментозном лечении инсомнии, и особенно для пожилых больных, которым следует назначать препарат с осторожностью. Кроме того, препарат в жидкой лекарственной форме быстрее действует и лучше усваивается. Валокордин-Доксиламин эффективен как при трудностях засыпания, так и при ночных пробуждениях (по сравнению с препаратами с коротким периодом полувыведения), поскольку является препаратом средней продолжительности действия. Данная особенность препарата позволяет применять его при тревожно-депрессивном синдроме, сопровождающемся нарушением качества ночного сна, вне зависимости от того, какой компонент синдрома выражен сильнее, а также при физиологических изменениях структуры сна у пожилых больных. Не следует забывать, что особенностью доксиламина является достижение снотворного эффекта путем влияния на системы бодрствования, а не влияния на сон через ГАМКергическую систему, как у остальных препаратов. В связи с этим препарат можно считать наиболее подходящей заменой при отказе от длительно применяемых снотворных (бензодиазепинов, барбитуратов). В отличие от других снотворных препаратов, Валокордин-Доксиламин может применяться во время беременности, если предполагаемая польза для матери превышает возможный риск для плода; возможно применение препарата при апноэ – с осторожностью и под контролем состояния пациента; кроме того, он может успешно применяться с гипотензивными и вазоактивными препаратами, поскольку не влияет на их эффективность.

Таким образом, наличие у пациента инсомнии приводит к нарушению самочувствия в дневное время как с точки зрения физического, так и психического состояния. Коррекция нарушений сна является обязательным компонентом лечения пациента с коморбидной патологией, поскольку нормализация сна способствует улучшению течения сопутствующих соматических и неврологических заболеваний. При лечении инсомнии необходимо использовать как лекарственные, так и нелекарственные подходы.



Полный список литературы вы можете запросить в редакции.