

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

ИНСОМНИЯ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ

В статье рассматриваются клинические и диагностические аспекты различных форм инсомнии, а также современные методы их лечения.

Ключевые слова: расстройства сна, инсомния, снотворные средства, доксиламин сукцинат

Сон – это процесс восстановления, прежде всего психических функций, во время которого происходит стабилизация активности межнейронального взаимодействия в мозговых системах. Сложные и прогнозируемые нейрофизиологические процессы, происходящие во сне, которые проявляются чередованием разных функциональных состояний (стадий), приводят к улучшению самочувствия и повышению работоспособности, что положительно отражается на здоровье в целом. Необходимо отметить, что сегодня одного общепризнанного определения сна не существует, и каждый сомнолог высказывает собственные представления о сне, хотя и основанные на определенных знаниях. Значение сна для организма в целом переоценить трудно, а в практике лечения разнообразной соматической или психической патологии роль здорового сна приобретает и терапевтическое значение [1].

Согласно современным представлениям, инсомния является распространенной формой нарушений сна, которая проявляется проблемами засыпания, ночных пробуждений (раннего пробуждения) или сна, не приносящего должного восстановления и освежения, но обязательно приводит к снижению качества бодрствования [2].

Распространенность инсомнии может достигать 45% в популяции, однако только у 9–15% людей нарушения сна становятся значимой клинической проблемой [1, 3, 4], а у пациентов с соматической или неврологической патологией встречаются в 70–98% случаев [1, 3, 4, 6].

В международной классификации нарушений сна отмечается, что среди дневных симптомов инсомнии у пациентов должна присутствовать как минимум одна из следующих форм ухудшения дневного самочувствия: 1) усталость или недомогание; 2) снижение внимания, концентрации или памяти; 3) социальная или профессиональная дисфункция или снижение обучаемости; 4) ухудшение эмоционального фона или раздражительность; 5) дневная сонливость; 6) снижение мотивации, энергии или инициативы; 7) предрасположенность к несчастным случаям на работе или во время вождения; 8) напряженность, головные боли или гастроинтестинальные симптомы в ответ на плохой сон; 9) волнение или беспокойство по поводу плохого сна [2].

В исследовании Л.Г. Морозовой с соавт. было показано, что пациенты часто жаловались на общее беспокойство (78%), снижение концентрации внимания (62%), снижение энергии (62%), вялость (34%), утомляемость по вечерам (25%), также у них отмечалось увеличение числа вегетативных расстройств и тревожности [5].

В амбулаторной практике пациентам с подобным набором жалоб ставятся разные диагнозы – вегетосудистая дистония, астенический синдром, тревожно-депрессивный синдром и др., проблема плохого сна зачастую остается без внимания. Игнорирование врачами расстройств сна у пациентов с различными диагнозами является тактической ошибкой. Даже при очевидном диагнозе, к примеру, артериальной гипертензии не обращать внимание на качество ночного сна у больного не совсем правильно. Ранее было показано, что у пациентов с

артериальной гипертензией качество сна хуже, а коррекция инсомнии у данной категории больных приводит к достоверному снижению артериального давления [7]. Вывод простой: качество ночного сна может опосредованно оказывать позитивное влияние и на состояние сердечно-сосудистой системы.

Вероятнее всего, проблема игнорирования врачами инсомнии часто связана с невозможностью уточнить все особенности основного заболевания пациента ввиду ограничения времени на амбулаторном приеме.

В поле зрения врачей часто попадает «активная» инсомния, которая сопровождается жалобами больного на нарушения сна и характеризуется наличием дисфункциональных убеждений. Ранее было показано, что активность жалоб связана с тяжестью инсомнии, преувеличением степени влияния сна на качество жизни, боязнью не заснуть, дневной сонливостью и минимальной представленностью ранних пробуждений. Под дисфункциональными убеждениями применительно ко сну понимают преувеличенное внимание больного к проблеме, который считает, что источником всех бед является плохой сон. По мнению пациента, плохое качество сна приводит к различным заболеваниям и лечить необходимо только инсомнию как «главную причину» проблем со здоровьем. Подобная точка зрения усиливает фиксацию пациента на проблеме сна и усугубляет выраженность инсомнии. Было показано, что неадекватные (дисфункциональные) представления о влиянии сна на качество бодрствования характеризуются достоверной ($p < 0,05$) взаимосвязью с тревогой и тяжестью нарушений сна (коэффициенты корреляции: +0,57 и +0,70 соответственно), тогда как тяжесть инсомнии и тревога достоверно не коррелируют между собой. Вероятно, неадекватное отношение ко сну больных, которое, как правило, остается за рамками клинической оценки и диагноза, является важным фактором патогенеза и хронификации инсомнии, что согласуется с полученными ранее данными [8–10].

Механизмы формирования такой инсомнии многообразны [11]. Психологи, изучающие бессонницу, считают, что ограничительное поведение

является одной из причин развития хронической инсомнии. Пытаясь бороться с бессонницей, а не с ее причинами, пациенты постепенно ограничивают свою жизнь (используют различные способы расслабления, ограничивают общение с друзьями по вечерам, отключают телефон, отказываются от выполнения привычных обязанностей из-за усталости и сонливости, меняют место работы и т. д.). Больным кажется, что благодаря такому поведению они облегчают себе жизнь, получают возможность больше отдыхать. На самом деле, как показывают исследования, при самоограничительном поведении болезнь развивается значительно быстрее, нарушение сна прогрессирует. В то же время, если больной сохраняет активность днем, его состояние значительно улучшается.

С нейрофизиологической точки зрения считается, что высокий уровень активации центральной нервной системы, проявляющийся повышением тревожности, депрессией, с последующим формированием неадекватных представлений о сне (т. н. дисфункциональные убеждения) может лежать в основе данной формы инсомнии [10–12].

■ Инсомния – распространенная форма нарушений сна, которая проявляется проблемами засыпания, ночных пробуждений (раннего пробуждения) или сна, не приносящего должного восстановления и освежения, но обязательно приводит к снижению качества бодрствования

Выделяя «активную» инсомнию, мы не предлагаем новую нозологическую единицу, а лишь привлекаем внимание к проблеме и подчеркиваем, что данный термин отражает масштаб проблемы для больного, а в конечном итоге и для врача. На этом же основании можно выделить и «пассивную» инсомнию, при которой пациент игнорирует качество своего сна, считает нарушения сна не существенной проблемой и активных жалоб не предъявляет. Определить у него реальные нарушения цикла «сон – бодрствование» и выявить инсомнию

можно только путем целенаправленного выяснения характера его сна.

В ситуации, когда у пациента есть сопутствующие инсомнии заболевания, важно помнить, что употребление различных медикаментов по поводу соматических, неврологических, психиатрических расстройств может само по себе приводить к развитию нарушений сна. В частности, β -блокаторы, препараты со стимулирующим эффектом (ноотропы и др.) могут быть причиной инсомнии. Злоупотребление средствами со снотворным эффектом не улучшает сон, но способно приводить к развитию абюзной инсомнии и зависимости от гипнотиков (наиболее опасны в этом отношении препараты, содержащие фенобарбитал).

■ В ситуации, когда у пациента есть сопутствующие инсомнии заболевания, важно помнить, что употребление различных медикаментов по поводу соматических, неврологических, психиатрических расстройств может само по себе приводить к развитию нарушений сна

Важным диагностическим звеном является оценка дневной сонливости. При инсомнии сонливость может быть выраженной вследствие дефицита сна или полностью отсутствовать из-за высокого уровня тревожности и психофизиологической активации.

Далее приводится пример опросника для выяснения условий появления сонливости.

«В каких ситуациях пациент испытывает сонливость:

- при чтении;
- при просмотре телевизионных программ;
- в ситуациях, не требующих активности (в театре, на лекции и т. п.);
- во время поездки в транспорте в качестве пассажира (при продолжительности поездки менее 1 ч);
- при разговоре с кем-нибудь;
- во время отдыха во второй половине дня;
- после приема пищи».

Оценка уровня тревожности может иметь важное значение для подбора корригирующих мероприятий. На амбулаторном приеме можно задать пациенту два вопроса: прямой – «Вы являетесь тревожным человеком?» и непрямой – «Когда Вы опаздываете на встречу, Вы волнуетесь?» Как правило, пациенты с высоким уровнем тревожности беспокоятся обо всем, не любят опаздывать и т. д.

Для выявления скрытых расстройств сна и уточнения некоторых особенностей сна при наличии активных жалоб пациентам рекомендуется вести дневник сна. Это позволяет оценивать сложившуюся практику сна (например, выявить нерегулярный график отхода ко сну и/или утреннего пробуждения), а также выявить частоту и выраженность расстройств сна [14]. Дневник сна можно использовать для оценки позитивной динамики в состоянии пациента. Пример дневника сна представлен ниже.

В целом диагностика инсомнии основана на клинике расстройств сна и не вызывает серьезных проблем. В сложных диагностических случаях для проведения дифференциального диагноза возможных причин нарушений сна необходимо использовать современные методы диагностики (анкеты для оценки особенностей сна, психометрические методики, актиграфию и полисомнографию). Применение разнообразных диагностических подходов позволяет уточнить и стандартизировать некоторые клинические особенности, что может упростить построение алгоритма последующего лечения.

При постановке диагноза важно определить характер инсомнии – первичный или вторичный. Хотя такое разделение и существует в МКБ-10, оно носит условный характер. К примеру, известно, что астенический синдром практически всегда включает расстройства сна [15], но и сама инсомния приводит к снижению активности в дневное время [5], поэтому установить первопричину нарушений бывает достаточно сложно.

Тем не менее существуют ситуации, когда вторичный характер инсомнии не вызывает сомнений, например нарушения сна при болевом синдроме, которые не требуют специальной коррекции.

Основные формы инсомнии, встречающиеся в амбулаторной практике и требующие особого кон-

троля, – психофизиологическая инсомния, инсомния, развившаяся вследствие нарушения гигиены сна, и адаптационная инсомния (наиболее редкий вариант в практике врача).

Существующие подходы к лечению инсомнии можно условно разделить на лекарственные и нелекарственные.

Нелекарственные подходы включают применение следующих методов: 1) когнитивно-поведенческая психотерапия, 2) фототерапия, 3) терапия «музыка мозга».

Роль психотерапии в лечении инсомнии заключается в коррекции существующих психопатологических симптомов и синдромов как в отношении самого сна, так и в отношении нарушений, отмечаемых в период бодрствования. Методики, влияющие на сон, направлены на обучение пациента вести такой образ жизни, при котором вероятность

развития инсомнии уменьшается. В рамках этой психотерапии необходимо определить основные факторы, провоцирующие развитие нарушений сна, и корректировать их путем изменения поведения человека. Когнитивно-поведенческая психотерапия включает в себя гигиену сна, контроль за раздражающими сон факторами, ограничение сна, коррекцию неверных представлений в отношении инсомнии и др. Наиболее сложная задача – это работа с неадекватными представлениями об инсомнии как о проблеме, в которой, по мнению пациентов, заключается причина нарушения всей дневной жизнедеятельности.

Гигиена сна является важным и обязательным компонентом лечения любых форм инсомнии, ее задачей является формирование здорового стереотипа поведения, который способствует улучшению

ДНЕВНИК СНА

ФИО _____

№	Вопросы	Пример	Пон.	Вт.	Ср.	Чет.	Пят.	Сб.	Воскр.
1	Вчера я спал (-а) днем с ____ до ____ (запишите часы дневного сна)	13:50–14:30							
1а	Вчера я лежал (-а) днем с ____ до ____ (запишите часы дневного отдыха)	13:10–13:50							
2	Вчера я принял (-а) ____ мг лекарств и/или ____ мл алкоголя, чтобы заснуть	Валокордин-Доксиламин® 5 мг							
3	Прошлой ночью я выключил (-ла) свет и лег спать в ____ ч	23:15							
4	После того, как я выключил (-а) свет, я уснул (-а) через ____ мин	40 мин							
5	Ночью я просыпался (-лась) ____ раз (запишите количество пробуждений)	3							
6	Проснувшись ночью, я не мог (-ла) заснуть ____ мин (запишите продолжительность каждого пробуждения)	10 5 45							
7	Сегодня утром я проснулся (-лась) в ____ ч (запишите время пробуждения)	6:15							
8	Сегодня утром я встал (-а) с постели в ____ ч (запишите время подъема)	6:40							
9	Когда я проснулся (-ась) утром, я чувствовал (-а) себя ____ [1 – очень уставшим (-ей), 5 – бодрым (-ой) и отдохнувшим (-ей)]	2							
10	В целом качество моего сна за прошлую ночь было ____ (в баллах от 1 до 5, где 1 – очень плохое, 5 – отличное)	3							

качества сна. Гигиена сна подразумевает выполнение следующих рекомендаций:

1. Ложиться спать и просыпаться в одно и то же время.
2. Исключить дневной сон, особенно во второй половине дня.
3. Не употреблять на ночь чай или кофе.
4. Уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку, особенно в вечернее время.
5. Включить в распорядок дня физические нагрузки в вечернее время, но не менее чем за 3 ч до сна.

6. Регулярно использовать водные процедуры перед сном. Можно применять теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления. В некоторых случаях можно принимать прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания). Контрастные водные процедуры, горячие или холодные ванны часто оказывают возбуждающий эффект.

Данные рекомендации необходимо индивидуально обсуждать с каждым пациентом и объяснять важность такого подхода. Можно вручать пациентам памятки с этими рекомендациями – это позволит повысить комплаентность лечения.

Контроль за стимулами сна предполагает обучение пациента ложиться спать в то время, когда появляется желание спать, вставать, если сна нет, исключить вечернюю активность в постели (за исключением секса), а именно: просмотр телевизионных передач, использование компьютера или планшета перед сном.

Метод ограничения сна представляется весьма эффективным, простым в исполнении. Этот способ коррекции инсомнии означает уменьшение времени, проводимого в постели, до достижения «нормального» соотношения времени сна и времени, проведенного в постели. Это отношение определяется как эффективность сна, которая вычисляется по формуле «эффективность сна = время сна/ время, проведенное в постели». Для «эффективного» сна у больных инсомнией это соотношение должно быть более 0,85 (оптимальное значение 0,9–0,95). Принцип этого подхода прост: не лежать

в постели без сна. Сложность реализации этого весьма эффективного способа улучшения качества сна заключается в том, что, сокращая время пребывания в постели, пациенты в дневное время могут испытывать повышенную дневную сонливость, а это, в свою очередь, может ухудшить дневное самочувствие, увеличить вероятность дневных засыпаний (дневной сон пациентам противопоказан) и вызвать нежелание пациентов лечиться таким способом. Однако через некоторое время при увеличении потребности спать эффективность сна возрастет, засыпания будут происходить быстрее, а ночные пробуждения случаться реже.

■ Среди препаратов первого выбора в медикаментозной терапии инсомнии особое место занимает доксиламина сукцинат из группы H_1 -гистаминоблокаторов, например Валокордин-Доксиламин®, который обладает снотворным и седативным (усиливающим снотворное действие) эффектами

Рекомендуется также использование релаксационных техник (самовнушения, мышечного расслабления, медитации и др.), снимающих перевозбуждение в вечернее время.

Фототерапия – метод лечения, в основе которого лежит воздействие яркого света на нейротрансмиттерные системы головного мозга, что позволяет через систему глаз, гипоталамус и эпифиз управлять циркадианными ритмами. Этот метод наиболее эффективен при наличии депрессивной составляющей инсомнии.

Отдельного упоминания заслуживает новый нелекарственный метод – энцефалофония («музыка мозга»). Это нейрофизиологический метод, в основе которого – преобразование биоэлектрической активности головного мозга (ЭЭГ) в музыку. Прослушивание музыки, которая представляет собой результат обработки собственной ЭЭГ, записанной в состоянии расслабленного бодрствования, в условиях эмоциональной нагрузки приводит

к оптимизации психофизиологических параметров в цикле «сон – бодрствование». Сегодня этот метод более широко используется в Европе и Америке, чем в России, где он был разработан профессором Я.И. Левиным.

Лекарственные методы лечения инсомнии включают использование медикаментозных средств, обладающих гипногенным эффектом (в т. ч. в сочетании с другими эффектами). Практика назначения современных снотворных препаратов основывается на следующих принципах:

1. Терапию снотворными средствами следует назначать, если нелекарственные методы оказываются недостаточно эффективными.

2. Пациента необходимо проинформировать о свойствах препарата, дозировках, возможных побочных эффектах.

3. Курс лечения должен быть кратковременным (не более 2–3 нед.).

4. Выбор препарата должен осуществляться индивидуально для каждого пациента, приоритетом является безопасность лечения. Особую осторожность следует проявлять при лечении пожилых людей из-за увеличения риска взаимодействия разных препаратов, изменений в скорости метаболизма, возможного нарушения координации и когнитивных расстройств.

5. Начинать лечение снотворными препаратами желательно с минимальной дозы с последующим увеличением.

В период лечения необходимо:

1. После назначения снотворных оценить эффективность и безопасность препарата через 2–3 дня после начала лечения (с целью уточнения необходимости увеличения дозы или замены препарата). Пациенты не должны изменять дозировки самостоятельно.

2. При пробуждениях ночью можно принимать дополнительную дозу снотворного, но не позже чем за 5 ч до подъема (более поздний прием увеличивает риск появления сонливости и других побочных эффектов после окончательного пробуждения).

3. Необходимо тщательно расспрашивать пациента о нарушениях дневного функционирования.

4. Отменять препарат лучше постепенно.

5. После длительного применения препарата уменьшение дозы должно также проводиться постепенно в течение недели.

6. После отмены агонистов бензодиазепиновых рецепторов возможно назначение мелатонина или трав со снотворным эффектом.

Для лечения инсомнии используют препараты из разных фармакологических групп со снотворным эффектом в качестве основного или дополнительного [18, 21–24]. Среди препаратов, способствующих улучшению сна, необходимо отметить средства растительного происхождения (боярышник, эшшольция, валериана, пустырник и т. д.), мелатонин, циклопирролоны, имидазопиридины, бензодиазепины, антигистаминные средства, нейролептики, антидепрессанты, барбитураты и др.

Современные традиционные российские гипнотики в основном представлены доксиламином, препаратами z-группы (имидазопиридины, циклопирролоны), некоторыми бензодиазепинами, мелатонином. Отличительной особенностью этих средств является короткий период полураспада (не более 8 ч). Другие психотропные препараты могут использоваться как снотворные средства, но их выбор обусловлен не столько клинической картиной инсомнии, сколько сопутствующей психопатологической симптоматикой.

Среди препаратов первого выбора в медикаментозной терапии инсомнии особое место занимает доксиламина сукцинат из группы H₁-гистаминоблокаторов, например Валокордин-Доксиламин[®], который обладает снотворным и седативным (усиливающим снотворное действие) эффектами. Доксиламин сокращает время засыпания, повышает длительность и качество сна, при этом не нарушая структуру и фазы сна. Действие препарата длится 6–8 ч. Показание к применению – преходящие нарушения сна, что позволяет назначать его на старте медикаментозной терапии пациентам с инсомнией практически любой этиологии. Детям и подросткам не следует принимать Валокордин-Доксиламин[®], т. к. в этих возрастных группах чаще наблюдаются парадоксальные реакции ЦНС.

Доксиламин может назначаться беременным на протяжении всего периода беременности, что является бесспорным преимуществом препарата и практически единственной медикаментозной альтернативой для беременных женщин. Однако во время беременности Валокордин-Доксиламин® можно назначать, только если предполагаемая польза для матери превышает возможный риск для плода. Также важно отметить, что в период лактации в связи с развитием седативного или возбуждающего эффекта у ребенка кормить грудью при применении препарата не следует. Как и при использовании других снотворных средств, нужно с осторожностью назначать препарат больным с синдромом апноэ в анамнезе, пожилым пациентам [26], а также лицам, принимающим атропин, трициклические антидепрессанты, антипаркинсонические препараты, атропиновые спазмолитики, дизопирамид, фенотиазиновые нейролептики, что связано с увеличением риска развития побочных явлений.

Особенностью доксиламина является то, что его снотворный эффект определяется влиянием на системы бодрствования, тогда как остальные препараты влияют на сон через ГАМКергическую систему. Это позволяет использовать данный препарат в качестве наиболее подходящей замены при отказе от длительно применяемых снотворных (к примеру, бензодиазепинов или барбитуратов).

Препарат Валокордин-Доксиламин® не содержит фенобарбитал. Возможность варьировать дозу (препарат выпускается в каплях) позволяет более широко применять Валокордин-Доксиламин® с учетом индивидуальной переносимости,

особенно в пожилом возрасте, когда назначение всех снотворных препаратов требует осторожности.

Таким образом, инсомния – это распространенный в общемедицинской амбулаторной и клинической практике синдром. С точки зрения больного, инсомния может представляться как существенной проблемой, так и, наоборот, не значимой. Основной задачей врача является выявление данного синдрома и назначение адекватного лечения с целью коррекции цикла «сон – бодрствование», а также уменьшения симптомов основного заболевания и повышения качества жизни в целом. На основе современных представлений о методах лечения нарушений ночного сна можно сформулировать тактику и стратегию нормализации сна, которая включает следующие положения.

■ Лечение инсомнии должно проводиться с учетом всего разнообразия вызывающих ее факторов, анализа субъективных проявлений и результатов полисомнографии.

■ При лечении инсомнии необходимо использовать как немедикаментозные, так и медикаментозные методы, отдельно или в сочетании друг с другом.

■ Соблюдение гигиены сна является обязательным при лечении инсомнии вне зависимости от использования других лечебных подходов.

■ Лекарственные средства необходимо использовать с учетом представлений об особенностях клинических проявлений инсомнии, свойствах современных снотворных препаратов и основных принципах их назначений.



ЛИТЕРАТУРА

1. Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон у человека // Нейромедиа. М., 2004.
2. The international classification sleep disorders. 2-nd ed. American Academy of sleep medicine // Westchester. 2005.
3. Левин Я.И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. М., Медпрактика, 2005.
4. Полуэктов М.Г. Современные представления о природе и методах лечения инсомнии // Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2012. Т. 98. №10. С. 1188–1199.
5. Морозова Л.Г., Посохов С.И., Ковров Г.В. Особенности субъективной оценки при нарушении качества сна и бодрствования у больных с психофизиологической инсомнией // Неврологический журнал. 2011. Т. 16. №5. С. 30-34.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.