



Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии

М.Г. Полуэктов

Адрес для переписки: Михаил Гурьевич Полуэктов, polouekt@mail.ru

Автором предложен алгоритм постановки диагноза и выбора метода лечения инсомнии, базирующийся на устоявшихся международных рекомендациях по лечению нарушений сна. Инсомния представляет собой гетерогенное клиническое состояние, отличающееся различной феноменологией (пре-, интра- и постсомнические расстройства), временными критериями и этиологическими факторами (первичная и вторичная). При диагностике и определении стратегии терапии следует учитывать клинические особенности пациентов, данные интроспективных шкал и результаты полисомнографического исследования. К неспецифическим методам лечения инсомнии относятся мероприятия по нормализации режима и гигиены сна, методы поведенческой терапии. Специфические методы подразумевают назначение лекарственной терапии.

Ключевые слова: инсомния, феноменология расстройств сна, неспецифические и специфические методы лечения инсомнии

Введение

Инсомния является серьезной медицинской и социальной проблемой, которая затрагивает, по различным подсчетам, от 6 до 30% общей популяции. Наличие инсомнии ассоциировано с вероятностью возникновения психических заболеваний, снижением числа продуктивных рабочих дней в году, увеличением риска дорожно-транспортных происшествий. Кроме того, инсомния отягощает течение гипертонической болезни, гастроэзофагеальной

рефлюксной болезни, ишемической болезни сердца [1–4]. Несмотря на очевидную клиническую важность, постановке диагноза инсомнии врачами общей практики и специалистами уделяется недостаточно внимания. С нашей точки зрения, это обусловлено нехваткой знаний врачей в области сомнологии, поскольку системного преподавания дисциплин, связанных с особенностями функционирования организма человека во время сна, не ведется ни во время обучения в медицинском вузе, ни в сис-

теме дополнительного профессионального образования. Чаще всего инсомния расценивается как одно из проявлений основного заболевания, например дисциркуляторной энцефалопатии, в связи с чем принимается неправильное решение о возможности лечения нарушений сна сосудистыми и ноотропными препаратами. При этом обычно игнорируются феноменологические особенности синдрома инсомнии у данного пациента, а также не учитываются временной и этиологический факторы. В данной статье мы представим алгоритм действий врача по постановке диагноза инсомнии и выбору метода лечения, базирующийся на устоявшихся международных рекомендациях по лечению этого состояния (табл. 1).

По определению Международной классификации расстройств сна (2005) [5], инсомния представляет собой клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающихся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для него и проявляющихся нарушениями дневной деятельности различного вида. Согласно этому определению можно выделить 3 основных признака инсомнии.



1. Клиническими проявлениями инсомнии могут быть любые нарушения процесса сна – его инициации, поддержания или завершения.
2. О нарушениях сна можно говорить только в том случае, если есть возможность спать достаточное количество времени (то есть инсомния не может быть диагностирована у людей, сознательно ограничивающих себя во сне).
3. Плохой сон должен проявляться нарушениями последующего бодрствования: усталостью, нарушением внимания, сосредоточения или запоминания информации, социальной дисфункцией, расстройством настроения, раздражительностью, дневной сонливостью, снижением мотивации и инициативности, склонностью к ошибкам за рулем и на работе, мышечным напряжением, головной болью, нарушением деятельности желудочно-кишечного тракта, беспокойностью состоянием своего сна.

Определение феноменологии инсомнии

Клиническая феноменология нарушения сна при инсомнии включает пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства.

Пресомнические нарушения – это трудности начала сна, при этом наиболее частой жалобой являются трудности засыпания; при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну, а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». Возникающее желание спать улетучивается, как только больные оказываются в постели, возникают тягостные мысли и воспоминания, усиливается двигательная активность в стремлении найти удобную позу. Наступающая дремота прерывается малейшим звуком, физиологическими миоклониями. Если засыпание у здорового человека происходит в течение нескольких минут (3–20 минут), то у больных оно затягивается до 120 минут и более.

Таблица 1. Алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии

Последовательность действий	Характеристика
I. Определение феноменологии инсомнии	Тип расстройства сна: <ul style="list-style-type: none"> ■ пресомническое расстройство (время засыпания > 30 мин); ■ интрасомническое расстройство (время бодрствования > 30 мин); ■ постсомническое расстройство (общее время сна < 6,5 ч); ■ нарушение восприятия сна (индекс эффективности сна < 85%); ■ смешанное расстройство
II. Определение длительности инсомнии	Временные характеристики: <ul style="list-style-type: none"> ■ острая инсомния (до 3 месяцев); ■ хроническая инсомния (от 1 месяца)
III. Оценка выраженности инсомнии при помощи опросников	Шкалы для оценки выраженности нарушений сна: <ul style="list-style-type: none"> ■ индекс тяжести инсомнии; ■ Питтсбургский индекс качества сна (плохой сон при сумме баллов > 5); ■ Эпвортская шкала сонливости (сонливость повышена при сумме баллов > 9); ■ анкета балльной оценки субъективных характеристик сна (инсомния при сумме баллов < 19)
IV. Определение этиологической формы инсомнии	Первичная инсомния: <ul style="list-style-type: none"> ■ адаптационная; ■ психофизиологическая; ■ парадоксальная; ■ идиопатическая; ■ при нарушении гигиены сна; ■ детская поведенческая Вторичная инсомния (при наличии связи с соматическим, неврологическим, психическим заболеванием)
V. Выбор метода лечения	Неспецифическое лечение: <ul style="list-style-type: none"> ■ гигиена сна; ■ поведенческая терапия Специфическое лечение: <ul style="list-style-type: none"> ■ острая инсомния: снотворные (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые) короткими курсами; ■ хроническая инсомния: когнитивно-поведенческая терапия; снотворные (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые) короткими курсами; антидепрессанты; препараты мелатонина

При полисомнографическом исследовании у этих пациентов отмечается значительное удлинение времени засыпания, частые переходы из 1-й и 2-й стадий в I цикле сна в бодрствование. Нередко засыпание игнорируется больными, и наутро все время, проведенное в постели, представляется пациентам как сплошное бодрствование. Количественным критерием наличия пресомнического расстройства при инсомнии является продолжительность засыпания, превышающая 30 минут.

Интрасомнические расстройства включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть. Пробуждения обусловлены как внешни-

ми (прежде всего шумом), так и внутренними факторами (боли, позывы к мочеиспусканию, вегетативные сдвиги). Все эти стимулы могут пробуждать и здоровых людей, обладающих хорошим сном. Однако у больных инсомнией порог пробуждения резко снижен и процесс засыпания затруднен, а после эпизода пробуждения он оказывается еще более осложненным. Снижение порога пробуждения в значительной степени обусловлено недостаточной глубиной сна. Полисомнографически коррелятами этих ощущений являются увеличенная представленность поверхностных стадий (1-я и 2-я стадии медленного сна), частые пробуждения, длительные



периоды бодрствования внутри сна, редукция дельта-сна, увеличение двигательной активности. Наиболее распространенным количественным критерием наличия интрасомнического расстройства является продолжительность времени бодрствования в период сна (время от момента засыпания до утреннего пробуждения) более 30 минут.

Постсомнические расстройства (расстройства, возникающие в ближайший период времени после пробуждения) – это проблема раннего утреннего пробуждения с невозможностью последующего засыпания. Частым триггером такого эпизода является предутренний поход в туалетную комнату. Показано, что проблемой ранние утренние пробуждения становятся тогда, когда это приводит к сокращению общего времени сна до < 6,5 ч.

В феноменологию расстройств сна при инсомнии входят также жалобы на общую неудовлетворенность ночным сном, чуткий сон, отсутствие освежающего эффекта ночного сна. До сих пор обсуждается вопрос, какие именно изменения структуры сна в наибольшей степени соотносятся с выраженностью этих жалоб (количество пробуждений, время ночного бодрствования, представленность глубоких стадий сна, спектральная мощность электроэнцефалограммы в дельта-диапазоне и т.д.), однако общепризнанные количественные критерии оценки выраженности этих субъективных феноменов отсутствуют. Одним из предлагаемых для оценки качества ночного сна параметров является индекс эффективности сна (отношение времени сна ко всему времени пребывания в постели ночью). В норме этот показатель должен составлять 85% и более. Однако определение этого индекса на основании жалоб пациента часто может быть ошибочным из-за нередко встречающегося у больших инсомний феномена недооценки собственного сна, поэтому предпочтение отдается результатам полисомнографического исследования.

Временные характеристики инсомнии

После оценки симптомов, характеризующих тип расстройства сна при инсомнии, следует обратить внимание на временные критерии. Постановка синдромального диагноза инсомнии возможна в том случае, если частота нарушений сна в среднем составляет не менее 3 ночей в неделю, а симптомы инсомнии наблюдаются не менее чем в течение 1 месяца.

Критерии острой и хронической инсомнии в различных клинических классификациях расстройств сна отличаются. Согласно Международной классификации расстройств сна (2005), для острой инсомнии характерна продолжительность нарушений сна не более 3 месяцев, однако диагноз «хроническая форма инсомнии» может быть поставлен уже через 1 месяц. Такое «перекрывание» по срокам объясняется тем, что в этой классификации острая инсомния рассматривается не как особенность течения синдрома инсомнии, а как отдельная нозологическая форма, связанная с кратковременным (менее 3 месяцев) воздействием идентифицируемого нозогенного фактора, чаще всего эмоционального стресса. В рамках этой концепции возможен переход одной временной формы инсомнии в другую по истечении установленного срока.

Степень тяжести инсомнии

Международная классификация расстройств сна (2005) не требует рассматривать инсомнию в зависимости от степени тяжести, как это было в предыдущей редакции, поскольку такая оценка носит исключительно субъективный характер и чаще всего основывается на оценке социального функционирования пациента. Вместо этого для количественной оценки различных аспектов проявления синдрома инсомнии рекомендуются применять различные оценочные шкалы. Наиболее распространенными шкалами являются:

- индекс тяжести инсомнии (рейтинг из 7 пунктов, используе-

мый для оценки восприятия инсомнии пациентом) [6];

- Питтсбургский индекс качества сна (шкала самооценки качества сна из 24 пунктов, значение общего балла более 5 расценивается как подтверждение плохого качества сна) [7];
 - Эпвортская шкала сонливости (шкала субъективной оценки сонливости из 8 пунктов, нормальное значение составляет менее 10 баллов) [8].
- В отечественной клинической практике используется анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, предложенная Я.И. Левиным (1995), апробированная в ходе многочисленных клинических исследований [9]. Она включает следующие характеристики, оцениваемые по 5-балльной системе:
- время засыпания (от «мгновенно» – 5 баллов – до «очень долго» – 1 балл);
 - продолжительность сна (от «очень долгий» – 5 баллов – до «очень короткий» – 1 балл);
 - количество ночных пробуждений (от «нет» – 5 баллов – до «очень часто» – 1 балл);
 - качество сна (от «отлично» – 5 баллов – до «очень плохо» – 1 балл);
 - количество сновидений (от «нет» – 5 баллов – до «множественные и тревожные» – 1 балл);
 - качество утреннего пробуждения (от «отлично» – 5 баллов – до «очень плохо» – 1 балл).

Максимальная суммарная оценка составляет 30 баллов. Как было показано в проведенных исследованиях, нормой является сумма в > 22 балла, при значениях 19–21 балл результат оценивается как пограничный, а показатель < 19 баллов свидетельствует о неблагополучии, наличии инсомнии. Эта анкета также удобна для динамической оценки эффективности воздействия лекарственных и нелекарственных методов лечения нарушений сна.

Этиологическая форма инсомнии

После оценки феноменологии инсомнического синдрома следует обратить внимание на исклю-



чение других причин, которые могли бы вызывать нарушение сна у данного пациента. Известно около 90 расстройств сна различного вида, и фактически все они могут сопровождаться симптомами нарушения ночного сна. В клинической практике наиболее часто приходится проводить дифференциальный диагноз инсомнии с поведенческим синдромом недостаточного сна, синдромом обструктивного апноэ сна, синдромом беспокойных ног и синдромом запаздывания фазы сна.

Поведенческий синдром недостаточного сна относится к группе гиперсомний (расстройств, протекающих с избыточной дневной сонливостью). Наличие этого состояния подразумевает, что человек добровольно не получает достаточного количества сна, для того чтобы осуществлять дневную деятельность в необходимом объеме. Распространенность синдрома в общей популяции составляет 1–4%. Больные часто считают, что персистирующая дневная сонливость у них обусловлена нарушением ночного сна, то есть инсомнией. Однако при опросе оказывается, что проблем с засыпанием или поддержанием сна у них нет, но средняя продолжительность сна составляет менее 6,5 часов в сутки. В данном случае нельзя поставить диагноз «инсомния» из-за того, что у человека нет возможности спать достаточное количество времени.

Нарушение поддержания ночного сна, беспокойный сон являются одной из жалоб пациентов с синдромом обструктивного апноэ сна (до 40% больных имеют такие жалобы). Причиной нарушений сна в этом случае являются частые эпизоды фарингеальной обструкции, возникающие на фоне громкого храпа. Эпизод задержки дыхания (апноэ) сопровождается падением уровня насыщения крови кислородом, что в итоге приводит к активности головного мозга, пробуждению или переходу в более поверхностную стадию сна. Присутствие синдрома

обструктивного апноэ сна можно заподозрить по наличию у больного привычного храпа, сочетающегося с дневной сонливостью. Для подтверждения диагноза этого состояния требуется проведение ночного полисомнографического исследования.

Синдром беспокойных ног (синдром Виллиса – Экбома) – неврологическое заболевание, главным проявлением которого является наличие неприятных ощущений в конечностях, чаще в ногах, вынуждающих пациента часто совершать облегчающие движения. Эти сенсорные проявления усиливаются в вечернее и ночное время и приводят к возникновению трудностей засыпания вечером или после ночного пробуждения. От инсомнии синдром беспокойных ног отличается наличием обязательной связи нарушения сна с этими неприятными ощущениями.

Расстройства цикла «сон – бодрствование», так же как и синдром инсомнии, могут сопровождаться симптомами нарушения ночного сна. Синдром запаздывания фазы сна определяется как расстройство, при котором наступление основного эпизода сна задерживается по отношению к желаемому времени, что приводит к нарушению засыпания или трудностям пробуждения в требуемое время. Синдром задержки фазы сна наиболее распространен среди подростков и лиц 20–30 лет и составляет от 7 до 16%. При этом отмечается невозможность заснуть в социально приемлемое время, возникают значительные сложности при попытке разбудить пациента утром, снотворные препараты оказывают слабый эффект. Характерной особенностью этого нарушения являются нормальные объективные характеристики сна и хорошее дневное самочувствие, если у человека есть возможность жить по собственному ритму сна и бодрствования.

После исключения вышеупомянутых нарушений сна врачу необходимо определить нозологическую принадлежность инсомнии, в первую очередь ее первичный или вторичный характера. Первичные

формы составляют лишь 10–25% всех случаев инсомнии, однако отдельные элементы первичной инсомнии (боязнь не заснуть, недооценка собственного сна, нарушение гигиены сна, связь со стрессом) характерны практически для всех случаев вторичных форм.

Наиболее часто встречающейся формой первичной инсомнии является адаптационная инсомния. Это расстройство возникает в результате воздействия идентифицируемого фактора – физического воздействия (шум), изменения внешнего окружения (переезд на новое место, госпитализация), межличностного конфликта. При снижении интенсивности стрессового воздействия наблюдается уменьшение выраженности расстройств сна. Среднегодовая распространенность адаптационной инсомнии среди взрослых оценивается в 15–20%.

Психофизиологическая инсомния определяется как расстройство сна, обусловленное возникновением соматизированного напряжения с дальнейшим формированием патологических ассоциаций, приводящих к развитию нарушений ночного сна и снижению эффективности дневного бодрствования. Ключевым отличием этой формы инсомнии является присутствие «боязни не заснуть» в определенных ситуациях, чаще в обычном месте для сна. Соматизированное напряжение нарастает в вечерние часы, когда пациент пытается «заставить» себя скорее заснуть, что приводит к усугублению нарушений сна и усилению беспокойства на следующий вечер. Формируется ассоциация определенного места засыпания и соматизированного напряжения: вечером пациент чувствует сонливость, но как только он ложится в постель – запускается порочный круг самовозбуждения. Ночные пробуждения сопровождаются навязчивой мыслительной продукцией, «мысленной жвачкой», мешающей расслабиться. Распространенность психофизиологической инсомнии в общей популяции составляет 1–2%.



Парадоксальная инсомния является особой формой расстройства сна, требующей для постановки диагноза обязательного проведения ночного полисомнографического исследования. При этой форме инсомнии главной жалобой пациента является полное или почти полное отсутствие ночного сна в течение длительного времени. Несмотря на драматические жалобы, социальное функционирование пациента чаще всего сохраняется, отсутствует дневная сонливость и стремление компенсировать нехватку ночного сна дневным. При проведении исследования выявляется несоответствие заявляемой продолжительности сна реальной не меньше чем на 50%. Больные этой формой расстройства сна составляют менее 5% от числа всех больных инсомнией.

Идиопатическая инсомния представляет собой очень редкую форму расстройства сна, чаще этот диагноз ставится при невозможности установить причину нарушений сна, начавшихся в раннем детстве и присутствующих в течение жизни пациента без существенных периодов улучшения. Представленность этой формы среди больных инсомнией составляет менее 10%.

Инсомния при нарушении гигиены сна связана с типом поведения, которое приводит к повышению активации (hyperarousal) в периоды, предшествующие укладыванию в постель. Это может быть употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время. К нарушению гигиены сна относится и деятельность, препятствующая поддержанию естественного цикла «сон – бодрствование» (сон в различное время суток, использование яркого света в спальне, неудобная для сна обстановка). Расстройство такого рода определяется у 10–20% пациентов, которые наблюдаются с диагнозом инсомнии.

Детская поведенческая инсомния встречается у детей в возрасте до 5 лет, когда формируются повседневные привычки сна, связан-

ные с особенностями хронотипа и организацией жизни в семье. Выделяют две формы детской поведенческой инсомнии: по типу нарушения ассоциаций засыпания и по типу неправильных установок сна. В первом случае процесс засыпания ребенка вечером или во время ночных пробуждений зависит от наличия специфических приобретенных ассоциаций – укачивания, наличия рядом родителя, бутылочки с молоком и т.п. При отсутствии ассоциированного с засыпанием успокаивающего фактора во время ночного пробуждения ребенок возбуждается, плачет и не засыпает. Во втором случае, известном также как «синдром зова из-за двери», ребенок затягивает процесс укладывания при помощи различных просьб к родителям, так как не согласен с установленным временем отхода ко сну.

Диагноз вторичной инсомнии ставится при наличии диагноза соматического, психического, неврологического заболевания или злоупотребления лекарственными препаратами в том случае, когда можно проследить причинную связь между развитием основного заболевания и нарушением сна. Например, если пациент отмечает расстройства сна одновременно с началом заболевания или сразу после, а также когда периоды утяжеления инсомнии совпадают с флуктуацией клинической картины болезни. Соответственно, при формулировке диагноза вторичной инсомнии сначала следует приводить диагноз основного заболевания, а затем – упоминание нарушения сна (например: Депрессивный эпизод. Инсомния).

В Международной классификации расстройств сна (2005) выделяются 3 формы вторичной инсомнии: инсомния при болезнях внутренних органов (в том числе болезни нервной системы), инсомния при психических расстройствах, инсомния при приеме лекарственных или других препаратов. В таблице 2 приводится список лекарственных препаратов, которые могут вызывать нарушение сна при вторичной инсомнии, обус-

ловленной приемом лекарственных препаратов. Чаще всего речь идет о зависимости от приема бензодиазепиновых снотворных.

Лечение инсомнии

После классификации инсомнии по трем Р-осям (по В. Chaudhary): феноменологии (pattern), длительности (persistence), этиологии (physiologic, pharmacologic, physical, pediatric, paradoxical, psychiatric, primary psychiatric, poor sleep hygiene) следует выбрать оптимальный метод лечения.

При инсомнии применяют неспецифические и специфические методы лечения. Неспецифические включают в себя способы нормализации гигиены и режима сна, методики поведенческой терапии и могут применяться независимо от этиологической формы расстройства сна. В настоящее время, согласно Клиническому руководству по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых [2], именно неспецифические методы рекомендуются в качестве стандартного выбора в лечении хронической инсомнии. Специфическая терапия подразумевает назначение лекарств и направлена на коррекцию определенного феноменологического (трудности засыпания) или же временного (острая инсомния) типа нарушений сна.

Правила по организации режима и соблюдению правил гигиены сна хорошо известны и подразумевают обеспечение такого поведения и условий в вечерние и ночные часы, которые способствовали бы снижению уровня мозговой активации, тревоги, устранению навязчивых мыслей и страхов. Так, рекомендуется обеспечить комфортное окружение в комнате для сна, снизить уровень освещенности, шума, поддерживать микроклимат. Перед сном не рекомендуется активная физическая и умственная деятельность, обильный прием пищи, курение, употребление алкоголя. Рекомендуется установить определенное время укладывания в постель вечером и подъема утром, исключить дневной сон.



Многочисленные исследования с высоким уровнем доказательности подтвердили эффективность методов поведенческой терапии в лечении инсомнии. Поведенческая терапия подразумевает активное изменение поведения и условий жизни пациента, выходящее за рамки обычного режима и гигиены сна для того, чтобы достичь лучшего качества ночного сна. Наиболее известными методиками являются: когнитивно-поведенческая терапия, релаксация, методика контроля стимуляции, ограничение сна.

Применение снотворных препаратов оправдано при острой инсомнии. Показано, что назначение снотворных во время действия стрессового фактора позволяет улучшить показатели структуры сна и достичь более быстрого восстановления после окончания стресса [10]. Наиболее часто используют бензодиазепины с седативным и снотворным действием (феназепам, диазепам, нитразепам, клоназепам) и более селективные небензодиазепиновые лиганды ГАМКергического рецепторного комплекса, так называемые Z-препараты (зопиклон, золпидем, залеплон). В связи с возможностью развития нежелательных побочных эффектов (когнитивная и поведенческая токсичность, развитие привыкания) рекомендуется использовать в качестве снотворных бензодиазепиновые препараты с коротким периодом полувыведения. Результаты косвенного сравнения позволяют предполагать, что Z-препараты имеют в 2 раза меньший потенциал развития побочных эффектов по сравнению с бензодиазепинами.

К другим препаратам со снотворным действием относятся блокаторы центральных гистаминовых H₁-рецепторов (дифенилгидрамин, доксиламин). Несмотря на то что в некоторых исследованиях показана эквивалентность их снотворного действия Z-препаратам (золпидем) [11], достаточная доказательная база для их рекомен-

Таблица 2. Лекарственные препараты, которые могут вызывать нарушение сна

Группа	Международное непатентованное название
Антидепрессанты	Флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин, венлафаксин, дулоксетин, ингибиторы моноаминоксидазы
Психостимуляторы	Кофеин, эфедрин и его производные, производные коки
Альфа-адреномиметики	Псевдоэфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин
Гипотензивные препараты	Клонидин, бета-блокаторы
Гиполипидемические средства	Статины, фибраты, холестирамин
Бронходилататоры	Теofilлин, тербуталин
Противовирусные, антибактериальные	Изониазид, пенициллин, интерфероны

дации к применению при острой инсомнии отсутствует.

Препараты безрецептурного отпуска (сборы лекарственных трав, гомеопатические средства) также широко используются при острой инсомнии, однако эффективность и безопасность их применения не доказаны.

Для лечения хронической инсомнии возможно использование снотворных препаратов как бензодиазепинового, так и небензодиазепинового ряда короткими курсами (2–4 недели). Существует и обширный отечественный опыт использования небензодиазепиновых снотворных. Так, например, на базе Московского городского сомнологического центра в 2002 г. было проведено исследование эффективности и безопасности препарата Релаксон (зопиклон) у больных инсомнией. Было обследовано 20 больных в возрасте от 20 до 60 лет. Препарат назначался в течение 10 дней. На фоне приема Релаксона наряду с субъективным улучшением самочувствия больных было отмечено улучшение объективных характеристик сна по данным полисомнографии: уменьшение времени засыпания и числа пробуждений, увеличение общей продолжительности сна, длительности 2-й стадии и дельта-сна. Побочные эффекты препарата во время проведения исследования не отмечались [12].

В настоящее время существуют свидетельства эффективности и безопасности новых небен-

зодиазепиновых снотворных (рамельтеон, золпидем с замедленным высвобождением, эсзопиклон) при применении их в течение длительного периода времени, однако в Российской Федерации эти средства пока не зарегистрированы.

Препараты мелатонина широко применяются в качестве средств безрецептурного отпуска для лечения хронической инсомнии, однако уровень доказательности проведенных исследований пока недостаточен для включения их в клинические рекомендации. Препарат мелатонина с пролонгированным высвобождением Циркадин прошел несколько двойных слепых плацебоконтролируемых клинических испытаний и недавно был рекомендован для лечения хронической инсомнии Британской ассоциацией по психофармакологии [13].

Возможными препаратами лечения хронической инсомнии, особенно сопутствующей тревожным и депрессивным расстройствам, Клиническое руководство по диагностике и лечению хронической инсомнии у взрослых называет антидепрессанты с седативным действием (тразодон, амитриптилин, доксепин и миртазапин).

Некоторые формы первичной инсомнии требуют специального лечебного подхода. Так, при парадоксальной инсомнии для коррекции дисфункциональных убеждений пациента в отношении собственного сна необходимо



обязательно предъявлять больному результаты ночного полисомнографического исследования с определением объективных показателей сна. При поведенческой инсомнии детского возраста принципиально важно изменить сложившиеся у ребенка неправильные ассоциации засыпания при помощи методов поведенческой терапии детской инсомнии (тактика «проверки и выдержки», «постепенного погашения» и др.). При инсомнии, обусловленной

нарушением гигиены сна, необходимо восстановить соответствующие правильные привычки и ассоциации сна. Преимущественным методом лечения психофизиологической инсомнии (распространенной и достаточно сложной для подбора специфического лечения формой первичной инсомнии) является когнитивная поведенческая терапия, направленная на уменьшение тревоги, навязчивых мыслей и изменение негативных ассоциаций засыпания [14].

Заключение

В данной статье мы попытались формализовать подход к диагностике и выбору метода лечения инсомнии, однако окончательное решение все равно остается за врачом, поскольку терапия психосоматических (точнее психоневрологических) расстройств, таких как инсомния, требует от клинициста искусства сочетать методы психологического и фармакологического воздействия. *

Литература

- Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences // J. Clin. Sleep. Med. 2007. Vol. 3. № 5. Suppl. P. 7–10.
- Schutte-Rodin S., Broch L., Buysse D. et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults // J. Clin. Sleep. Med. 2008. Vol. 4. № 5. P. 487–504.
- Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Инсомния // Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левина и М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум-альфа, 2013. С. 191–220.
- Левин Я.И., Ковров Г.В., Полуэктов М.Г. и др. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы. М.: Медпрактика-М, 2005. 115 с.
- International classification of sleep disorders: Diagnostic and Coding Manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005. 298 p.
- Morin C.M. Insomnia: Psychological assessment and management. N.Y.: Guilford Press, 1993.
- Buysse D.J., Reynolds C.F., Monk T.H. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice // Psychiatry Res. 1989. Vol. 28. № 2. P. 193–213.
- Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale // Sleep. 1991. Vol. 14. № 6. P. 540–545.
- Левин Я.И., Елигулашвили Т.С., Посохов С.И. и др. Фармакотерапия инсомний: роль Имована // Расстройства сна / под ред. Ю.А. Александровского, А.М. Вейна. СПб.: Медицинское информационное агентство, 1995. С. 56–61.
- Стрыгин К.Н. Влияние стрессов разной модальности на цикл сон – бодрствование здорового человека: дис. ... канд. биол. наук. М., 2007. 124 с.
- Schadeck B., Chelly M., Amsellem D. et al. Comparative efficacy of doxylamine and zolpidem for the treatment of common insomnia // Sep. Hop. Paris. 1996. Vol. 72. № 13–14. P. 428–439.
- Левин Я.И. Клинический опыт применения зопиклона (Релаксон) при инсомнии // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2011. № 1. С. 14–20.
- Wilson S.J., Nutt D.J., Alford C. et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders // J. Psychopharmacol. 2010. Vol. 24. № 11. P. 1577–1601.
- Harvey A.G., Tang N.K. Cognitive behavior therapy for primary insomnia: can we rest yet? // Sleep. Med. Rev. 2003. Vol. 7. № 3. P. 237–262.

Clinical algorithm for diagnosis and treatment of insomnia

M.G. Poluektov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

Contact person: Mikhail Guryevich Poluektov, polouekt@mail.ru

The author presents his algorithm for diagnosis and treatment of insomnia based on current international guidelines on the treatment of sleep disorders. Insomnia is a heterogenetic clinical condition which is characterized by varied phenomenology (pre-, intra-, and postsomnic disorders), timing and etiologic factors (primary and secondary form). Diagnosis and treatment strategy should be based on clinical features, introspective questionnaires and polysomnography. Non-specific methods of insomnia management involve using of normal sleep-wake schedule, sleep hygiene, behavioral therapy. Specific methods imply drug treatment.

Key words: insomnia, sleep disorders phenomenology, non-specific and specific methods of insomnia management