



# Инсомния в общей медицинской практике: значение, диагностика и выбор метода лечения

М.А. Быкова, Ю.В. Свиряев, д.м.н.

Адрес для переписки: Марина Александровна Быкова, Bykova\_Marina@icloud.com

Для цитирования: Быкова М.А., Свиряев Ю.В. Инсомния в общей медицинской практике: значение, диагностика и выбор метода лечения. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (33): 22–25.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-33-22-25

*Сон для человека является необходимой жизненной потребностью. Он влияет на эмоции, социальное взаимодействие, здоровье. В настоящее время все больше пациентов отмечают нарушение сна, причем не только на фоне коморбидных патологий. В статье рассмотрены классификация, патогенез, методы диагностики бессонницы (инсомнии), а также медикаментозные и немедикаментозные способы ее лечения.*

**Ключевые слова:** сон, инсомния, нарушения сна, диагностика инсомнии, лечение инсомнии

## **Инсомния: определение, классификация, эпидемиология**

Согласно Международной классификации расстройств сна третьего пересмотра (2014) [1], под инсомнией понимают клинический синдром, характеризующийся повторяющимися нарушениями инициации, продолжительности и/или качества сна, несмотря на наличие нормальных условий и количества времени для сна, а также проявлениями дневной сонливости.

Согласно указанной классификации, инсомнию подразделяют на острую (или кратковременную), хроническую и неопределенную (временный диагноз). Острой считается инсомния, при которой упомянутые симптомы возникли менее трех месяцев назад, хронической – инсомния, при которой симптомы беспокоят свыше трех месяцев и не реже трех раз в неделю.

Кроме того, выделяют первичную и вторичную инсомнию. К первичной относят инсомнию, развивающуюся как самостоятельное заболевание, к вторичной – инсомнию, возникающую на фоне основного заболевания.

Инсомния представляет собой не только медицинскую, но и социальную проблему. Согласно исследованиям, неудовлетворенность ночным сном отмечается примерно у 30% взрослого населения, а распространенность данного симптома среди населения старше 65 лет достигает 50% [2].

Инсомния может приводить к ухудшению течения основных заболеваний. Так, в метаанализе F.P. Carrusio и соавт. [3] показана связь между продолжительностью сна и развитием сердечно-сосудистых заболеваний.

F. Sofi и соавт. провели метаанализ 13 когортных перспективных исследований с участием 122 501 здорового человека, находившегося под наблюдением в течение 3–20 лет. Кроме того, было проанализировано 6332 фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых события. Исследователи установили прямую зависимость между бессонницей и повышенным риском развития и/или смерти от сердечно-сосудистых заболеваний [4].

## **Патофизиология**

При инсомнии выявляются признаки повышенного возбуждения нервной системы, ее гиперактивации, а также нарушения в когнитивной, поведенческой и эмоциональной сферах. Это в свою очередь приводит к увеличению частоты сердечных сокращений и вариабельности сердечного ритма, повышению уровня кортизола и адренокортикотропного гормона в плазме крови.

В основе патофизиологии инсомнии лежит модель «трех П», трех групп факторов [5] – предрасполагающих, провоцирующих и поддерживающих.

К предрасполагающим факторам относят семейный анамнез бессонницы, а также психологические и социальные факторы, обуславливающие гиперреактивность стрессовых систем организма. Провоцирующие факторы предполагают любые стрессовые ситуации для организма, как биологические (например, дебют какого-либо заболевания), так и социальные. Поддерживающие факторы связаны с формированием неправильных представлений о сне, попытками проводить больше времени в постели в отсутствие сна. В результате требуется больше усилий для засыпания, возникает гипервозбуждение.



### Диагностика инсомнии

Согласно Международной классификации расстройств сна третьего пересмотра (2014), о диагнозе инсомнии говорят, если:

- 1) имеют место трудности с засыпанием, поддержанием сна и/или слишком ранние пробуждения, а также отсутствует чувство восстановления после сна;
- 2) перечисленные выше жалобы возникают, несмотря на создание необходимых условий для сна;
- 3) днем пациент на фоне нарушений ночного сна предъявляет жалобы на что-либо из перечисленного ниже:
  - усталость или недомогание днем;
  - нарушение внимания и концентрации;
  - социальная или профессиональная дисфункция;
  - изменение настроения или излишняя раздражительность;
  - повышенная дневная сонливость;
  - снижение мотивации, энергии в дневное время;
  - склонность к ошибкам в работе, а также несчастным случаям, в том числе во время вождения автомобиля, на фоне нарушений сна ночью и, как следствие, дневной сонливости;
  - головная боль;
  - беспокойство по поводу нарушений сна.

Для постановки диагноза инсомнии, согласно рекомендациям Американской ассоциации сна [6], необходимы осмотр, сбор анамнеза и жалоб пациента, исключение вторичных причин заболевания. Дополнительно могут использоваться различные шкалы и опросники, а также объективные инструментальные методы исследования сна.

На этапе диагностики инсомнии прежде всего осуществляют сбор жалоб и анамнеза пациента. Как уже отмечалось, важным аспектом в подтверждении диагноза инсомнии являются жалобы пациента на долгое засыпание, раннее пробуждение и нарушение поддержания сна, несмотря на отсутствие объективных причин для этого (посторонний шум, яркий свет и т.д.). В ходе опроса следует уточнить срок и частоту возникновения жалоб, провоцирующих факторов, а также особенности поведения пациента перед сном (просмотр телевизора, разговоры по телефону, использование компьютера). Кроме того, пациент может указать на возникновение повышенной тревожности перед сном.

При сборе анамнеза важно провести опрос, позволяющий исключить вторичные причины инсомнии. Основные соматические заболевания, которые способны приводить к бессоннице, представлены в табл. 1. Необходимо также уточнить, какие лекарственные средства принимает пациент. Основные препараты, негативно влияющие на засыпание, перечислены в табл. 2.

При диагностике инсомнии необходимо также исключить вторичные сомнологические причины, связанные с бессонницей: синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС), синдром периодических движений конечностей (СПДК), гиперсомнии (чрезмерная сонливость днем и, как следствие, отсутствие нормального ночного сна), парасомнию (ночные ужасы, галлюцинации).

Таблица 1. Соматические заболевания, приводящие к вторичной инсомнии [1]

Система органов	Заболевания
Нервная система	Инсульт, деменция, болезнь Паркинсона, черепно-мозговая травма в анамнезе
Сердечно-сосудистая система	Ишемическая болезнь сердца, нарушение ритма и проводимости, хроническая сердечная недостаточность
Дыхательная система	Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма
Эндокринная система	Сахарный диабет, гипотиреоз, гипертиреоз
Репродуктивная система	Беременность, менопауза, нарушение менструального цикла
Психиатрические заболевания	Шизофрения, тревожные расстройства, депрессивные расстройства

Таблица 2. Лекарственные препараты, приводящие к вторичной инсомнии [1]

Класс препаратов	Группа, название
Препараты, применяемые при сердечно-сосудистых заболеваниях	Бета-блокаторы, агонисты альфа-рецепторов, гиполипидемические препараты
Антидепрессанты	Ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы моноаминоксидазы
Стимулирующие препараты	Кофеин, наркотические препараты (амфетамин, кокаин)

Дополнительно для диагностики инсомнии, уточнения особенностей сна можно использовать шкалу сонливости Эпворта (анкетный опрос, составленный специально для оценки сонливости и вероятности наличия нарколепсии), Питсбургский опросник (анкета, оценивающая качество сна за месяц), Стэнфордскую шкалу сонливости (анкета, позволяющая оценить уровень дневной сонливости; к преимуществам данной шкалы относятся простота и возможность многократного повторного использования), шкалу депрессии Бека (самооценочный опросник для выявления симптомов депрессии).

### Инструментальные методы диагностики инсомнии

Существуют объективные методы диагностики инсомнии – полисомнография (ПСГ) и актиграфия. Данные исследования направлены на исключение вторичных причин инсомнии, а также коморбидных состояний при нарушениях сна, таких как СОАС, СПДК, циркадианные нарушения цикла «сон – бодрствование».

Метод актиграфии разработан D. Kupfer в 1972 г. Актиграф, позволяющий объективизировать показатели режима сна у пациента, представляет собой браслет, который закрепляется на запястье. В процессе ношения актиграф оценивает двигательную активность пациента во время сна и перед отходом ко сну. В актиграф встроен датчик света для большей объективизации. В дополнение к исследованию



с помощью актиграфа пациент заполняет дневник «сон – бодрствование». Данный метод не является обязательным для уточнения характера нарушений сна при инсомнии, но может быть полезен при оценке эффективности лечения. Исследование позволяет оценить качество сна в течение нескольких дней (обычно измерения проводят от трех до 28 дней). Кроме того, метод удобен для пациента: отсутствуют влияние на сон и необходимость посещать лабораторию сна для проведения исследования. Тем не менее полностью заменить ПСГ данный метод не может.

ПСГ считается золотым стандартом в диагностике нарушений сна. ПСГ позволяет более точно оценить параметры сна, провести диагностику СОАС, СПДК, лобной эпилепсии. Тем не менее данное исследование не позволяет проводить диагностику в течение длительного периода времени. К тому же необходимо присутствие пациента в лаборатории сна.

Таким образом, инструментальная оценка – исследование сна в условиях сомнологической лаборатории – не является обязательной для диагностики инсомнии, но может быть использована при наличии симптомов/признаков сопутствующих заболеваний или других нарушений сна [6].

## Лечение

Несмотря на значительные достижения в изучении нейробиологии сна и бодрствования, проблема лечения инсомнии остается актуальной и малоизученной [7].

Прежде чем выбрать метод лечения инсомнии, следует уточнить характер заболевания – первичный или вторичный. Вторичный характер требует лечения основного заболевания. При первичной инсомнии применяют медикаментозные и немедикаментозные методы.

### Немедикаментозные методы

К немедикаментозным методам относят когнитивно-поведенческую терапию (КПТ). Метод достаточно эффективен. В сравнительный метаанализ фармакотерапии и КПТ при хронической первичной инсомнии было включено 21 исследование. Авторы установили, что КПТ не менее эффективна, чем фармакотерапия, но в краткосрочной перспективе [8].

Исходя из современных представлений об инсомнии, одна из ее основных причин – гипервозбуждение, связанное с долгим пребыванием в кровати в попытках уснуть, усиление тревоги и разочарования. КПТ основана на изменении поведенческих привычек пациента с инсомнией, таких как нерегулярный сон, нарушения гигиены сна, а также когнитивных факторов инсомнии (беспокойство перед наступлением сна). Кроме того, применяются различные техники релаксации и обучение гигиене сна.

Таким образом, основные цели КПТ:

- контроль стимуляции (контроль стимулов) и ограничение сна. Данный этап КПТ заключается в подавлении негативной связи между кроватью и чувством разочарования от нежелательного результата. Для этого пациент должен отходить

ко сну и вставать в одно и то же время, идти спать только при появлении чувства сонливости, не находиться в кровати в отсутствие сна в течение длительного периода времени;

- релаксация, целью которой является снижение уровня активации, мышечного напряжения и навязчивых мыслей, мешающих засыпанию. Техники релаксации заключаются в обучении пациента поочередному напряжению и расслаблению мышц, абдоминальному дыханию;
- когнитивная психотерапия. Включает набор стратегий, связанных с психообразованием, сократический диалог, поведенческие интервенции для выявления неправильных убеждений относительно сна и их изменений;
- обучение гигиене сна. Пациент должен соблюдать ряд правил, необходимых для достижения качественного сна. Гигиена сна предполагает отход ко сну в одно и то же время, сон в проветриваемом помещении, поддержание средней температуры воздуха, отключение искусственных источников света и т.д.

### Медикаментозные методы

Медикаментозная терапия инсомнии насчитывает более чем 150-летнюю историю. Первым лекарственным препаратом, который использовали для лечения бессонницы, был хлоралгидрат.

В настоящее время при инсомнии применяют седативные препараты растительного происхождения, небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов, антагонисты H1-гистаминовых рецепторов, мелатонинсодержащие препараты и др. Лекарственные препараты целесообразно применять при неэффективности КПТ.

*Седативные препараты растительного происхождения.* К ним относят настойки валерианы лекарственной, пустырника пятилопастного, мяты перечной, пиона уклоняющегося, Melissa лекарственной и пр. Именно с этой группы препаратов рекомендуется начинать лечение инсомнии из-за отсутствия выраженных побочных эффектов и/или привыкания. Данные препараты могут быть использованы пациентами не только перед сном, но и в дневное время для устранения симптомов повышенной тревожности. К недостаткам препаратов данной группы относят частую аллергическую реакцию.

*Препараты мелатонина.* Мелатонин – гормон, который вырабатывается в основном эпифизом. Препараты мелатонина считаются препаратами первой линии терапии инсомнии. Это могут быть как самостоятельные препараты, содержащие в своем составе только мелатонин, так и комбинированные с препаратами растительного происхождения (например, мелатонин + масло мяты перечной + экстракт травы пустырника). Мелатонин оказывает адаптогенное, седативное и снотворное действие. К явным преимуществам препаратов данной группы относятся физиологичное действие на организм и, как следствие, минимальное количество побочных



эффектов. Однако мелатонин продемонстрировал эффективность только в отношении показателя латентности сна [9]. Кроме того, препарат негативно влияет на репродуктивную функцию и не рекомендуется для применения у детей, подростков, противопоказан при беременности. Рекомендуемая снотворная доза препаратов мелатонина – 0,3–80 мг.

**Антагонисты  $H_1$ -гистаминовых рецепторов.** К данной группе препаратов относят доксиламина сукцинат. Препарат оказывает седативное, снотворное и М-холиноблокирующее действие, не влияет на фазы сна, но при этом способен уменьшать время засыпания и увеличивать продолжительность сна. Применение препарата возможно и во время беременности. Препарат противопоказан при закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы, с осторожностью его назначают при СОАС из-за возможного ухудшения течения заболевания.

**Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов ( $Z$ -гипнотики).** Эта наиболее современная группа лекарственных средств применяется для лечения как острой, так и хронической инсомнии. Механизм действия препаратов заключается в связывании с ГАМКА-рецептором, а именно селективно с альфа-1-субъединицей, что приводит к чистому гипнотическому эффекту. К преимуществам этих лекарственных средств относят отсутствие эффекта

привыкания, а также достаточно быстрый период полувыведения ( $T_{1/2}$  около часа), что исключает вероятность возникновения дневной сонливости. Препараты данной группы оказывают седативный, анксиолитический, миорелаксирующий и противосудорожный эффекты. Однако они не рекомендованы для длительного применения. Курс терапии составляет от двух до четырех недель.

Таким образом, инсомния является достаточно распространенным клиническим синдромом в медицинской практике с очень разнообразными клиническими проявлениями. На основании описанных выше данных можно сделать следующие выводы:

- при лечении инсомнии необходимо учитывать все многообразие факторов, способных вызывать данную патологию;
- для повышения эффективности лечения инсомнии необходимо использовать как медикаментозные методы, так и немедикаментозные;
- немедикаментозные методы лечения инсомнии, такие как обучение гигиене сна, когнитивно-поведенческая терапия, являются обязательными и эффективными;
- при выборе оптимальной медикаментозной терапии необходимо учитывать множество факторов, таких как особенности клинической картины и свойства лекарственных препаратов. \*

## Литература

1. Ito E., Inoue Y. The International Classification of Sleep Disorders, third edition. American Academy of Sleep Medicine. Includes bibliographies and index. Nihon Rinsho. 2015; 73 (6): 916–923.
2. Ohayon M.M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. Sleep Med. Rev. 2002; 6 (2): 97–111.
3. Cappuccio F.P., Cooper D., D'Elia L., et al. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. Eur. Heart J. 2011; 32 (12): 1484–1492.
4. Sofi F., Cesari F., Casini A., et al. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. Eur. J. Prev. Cardiol. 2014; 21 (1): 57–64.
5. Spielman A.J., Caruso L.S., Glovinsky P.B. A behavioral perspective on insomnia treatment. Psychiatr. Clin. North Am. 1987; 10 (4): 541–553.
6. 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; 4 (5): 487–504.
7. Riemann D., Nissen C., Palagini L., et al. The neurobiology, investigation, and treatment of chronic insomnia. Lancet Neurol. 2015; 14 (5): 547–558.
8. Smith M.T., Perlis M.L., Park A., et al. Comparative meta-analysis of pharmacotherapy and behavior therapy for persistent insomnia. Am. J. Psychiatry. 2002; 159 (1): 5–11.
9. Buscemi N., Vandermeer B., Hooton N., et al. The efficacy and safety of exogenous melatonin for primary sleep disorders. A meta-analysis. J. Gen. Intern. Med. 2005; 20 (12): 1151–1158.

## Insomnia in General Medical Practice: the Meaning, Diagnosis and Choice of Treatment Method

M.A. Bykova, Yu.V. Sviryaev, PhD

V.A. Almazov National Medical Research Center

Contact person: Marina A. Bykova, Bykova\_Marina@icloud.com

*Sleep is a necessary vital necessity for a person. It affects emotions, social interaction, and health. Currently, more and more patients report sleep disorders, and not only against the background of comorbid pathologies. The article discusses the classification, pathogenesis, diagnostic methods of insomnia (insomnia), as well as medicinal and non-medicinal methods of its treatment.*

**Keywords:** sleep, insomnia, sleep disorders, diagnosis of insomnia, treatment of insomnia