



Возможности диагностики расстройств сна в амбулаторной практике врача-невролога

М.Г. Полуэктов, П.В. Пчелина

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

Чаще всего с жалобами на нарушения сна пациенты обращаются к врачу-неврологу. В структуре этих расстройств преобладают инсомнии, нарушения дыхания во сне и синдром беспокойных ног. Приоритет в диагностике расстройств сна отдается клиническому обследованию, которое может быть дополнено анкетированием и инструментальными методами исследования (полисомнографией, актиграфией, кардиореспираторным мониторингом, пульсоксиметрией). Как правило, используется комплексный подход к лечению расстройств сна, включающий методы фармакологической, когнитивно-поведенческой терапии, хирургические и аппаратные методики.

Ключевые слова: инсомния, синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног, полисомнография, сон, расстройства сна

Введение

Пациенты с жалобами на нарушение ночного сна обращаются к врачам разных специальностей: терапевтам, пульмонологам, психиатрам, но чаще всего с такими пациентами приходится работать неврологам. Специалисты направляют пациентов именно к неврологу, поскольку состояние сна – это продукт деятельности центральной нервной системы. Кроме того, большинство нарушений

сна в форме инсомнии (бессонницы) – это проявление тех или иных расстройств психической сферы. Однако пациенты, не желая соглашаться с возможностью наличия у них психиатрического диагноза, идут не к профильному специалисту, а к неврологу с тем, чтобы «только восстановить сон».

Диагностика и лечение нарушений сна требуют продолжительных консультаций (выявление фактора развития хронической инсомнии)

или же проведения специализированных исследований (полисомнографии, кардиореспираторного мониторинга). В амбулаторной практике врача, ограниченного во времени, это нередко становится проблемой, особенно если врач не владеет знаниями из разделов сомнологии и медицины сна. Ускорить и упростить постановку правильного диагноза в условиях амбулатории, а также повысить эффективность терапии возможно, следуя алгоритму выявления и подбора лечения при наиболее часто встречающихся нарушениях сна.

Правильную последовательность рассуждений помогут определить данные о распространенности расстройств сна, где за первое место конкурируют инсомнии (6% в общей популяции) и нарушения дыхания во сне (1–3%). Следует отметить: встречающиеся еще чаще в популяции жалобы на нехватку времени сна или храп не являются основанием для постановки диагноза и требуют дальнейшего расспроса или назначения исследований для уточнения нозологической формы.

С первого взгляда можно определить наличие у пациента фак-



торов специфической группы расстройств сна – синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС). СОАС наиболее распространен среди мужчин в возрасте от 40 до 64 лет (3–8%), для женщин той же возрастной группы это значение составляет 2% [1, 2]. Для таких пациентов характерны избыточная масса тела (ожирение) и определенные конституциональные особенности (короткая толстая шея, крупный язык, крупная или, наоборот, маленькая нижняя челюсть). Важную роль играет оценка сопутствующих заболеваний, которые ассоциированы с СОАС: артериальной гипертензии, легочной недостаточности, сахарного диабета. Классическим клиническим образом типичного пациента с СОАС остается больной с «пиквикским синдромом» (рис. 1) [3], при котором вышеуказанные проявления дополняются еще дневной гиперкапнией и легочным сердцем. Однако в настоящее время для постановки диагноза синдрома ожирения с гиповентиляцией (правильное название синдрома) не требуется выявления апноэ сна. Недооценена распространенность синдрома беспокойных ног, который чаще встречается среди пожилых людей и достигает 2–3% в популяции [4] (по некоторым данным, до 15%).

Наличие расстройства поведения в быстром сне – визитная карточка болезни Паркинсона и других синуклеинопатий (множественной системной атрофии, деменции с тельцами Леви). Однако эти жалобы могут возникать за несколько лет до дебюта двигательных нарушений и служить предвестниками последующего дегенеративного заболевания. Распространенность этого вида нарушений сна еще не выяснена.

Другие парасомнии, такие как снохождение (2% в общей популяции), сноговорение (до 4,4%), ночные страхи (2,2%), бруксизм (частый – до 8,2%), ночной энурез (до 5%), паралич сна (6–40%) [5], ночные кошмары (частые – до 5,8%, время от времени – до 29%), более характерны для детского возраста

(от двух до десяти раз чаще встречаются у детей, чем у взрослых) и, как правило, исчезают по мере взросления. Сохраняющиеся снохождение, ночные страхи, ночной энурез требуют исключения эпилептической природы приступов и проведения полисомнографического исследования. Среди большого разнообразия причин бруксизма наиболее распространены ортодонтические проблемы, патология височно-нижнечелюстного сустава, а также привычка сжимать зубы в результате каких-либо стрессовых воздействий (так называемое брукс-поведение). Ночные кошмары, хотя бы раз в жизни случающиеся у любого человека, не требуют особого лечения. Однако частые кошмарные сновидения с повторяющимся сюжетом могут быть проявлением психического расстройства (невроза, посттравматического стрессового расстройства) и требуют участия психотерапевта. Диагностика такого расстройства сна, как нарколепсия, в России затруднена в связи с плохой осведомленностью врачей первичного звена об этом заболевании. Кампания массовой вакцинации адьювантной вакциной AS03 против свиного гриппа в Европе в 2010 г. привела к резкому росту числа аутоиммунных заболеваний, в том числе к эпидемии нарколепсии. Увеличение частоты выявления нарколепсии после вакцинации составило 1,9 раза в Дании, 6,4 раза в Финляндии, 7,5 раз в Швеции и 13 раз в Ирландии [6]. В результате чего повысилась настороженность врачей к возможности выявления этого заболевания. Клинические проявления нарколепсии не всегда столь очевидны, как императивное засыпание или падение в результате потери мышечного тонуса на улице. Пациент может жаловаться лишь на избыточную сонливость и локальную и даже асимметричную слабость в мышцах (в связи с чем врач идет по пути исключения миастении). Общемировая распространенность нарколепсии в настоящее время составляет 0,02–0,05% [5]. Даже при правильной диагностике заболе-



Рис. 1. Прообраз больного «пиквикским синдромом» из американского издания романа Ч. Диккенса

вания возможности его лечения в России сводятся лишь к рекомендациям по режиму дня и выбору подходящей профессии.

Диагностика и лечение инсомнии

Одна из самых клинически и общественно значимых проблем сна – это субъективное ощущение его нехватки, обозначаемое термином «инсомния». Согласно эпидемиологическим исследованиям, те или иные жалобы на сон различной продолжительности могут быть выявлены у 48% людей в общей популяции, однако клинический диагноз инсомнии, удовлетворяющий критериям Международной классификации нарушений сна 2005 г. (МКРС-2), может быть поставлен 4–6% из них. Женщины страдают бессонницей в полтора раза чаще, чем мужчины, люди старше 75 лет – в два раза чаще, чем в среднем возрасте [7]. Те или иные симптомы различаются в разных группах населения. Жалобы на трудности засыпания, невосстанавливающий сон характерны для инсомнии молодых людей, а частые ночные и раннее утреннее пробуждения, дневная сонливость – для людей среднего и старшего возраста. В то же время неудовлетворенность сном у пожи-



ных выражена меньше, несмотря на меньшую продолжительность сна. Предрасполагающие факторы также различаются в зависимости от возраста. Так, у пожилых людей большое значение приобретают сопутствующие заболевания и прием лекарственных препаратов. У пациентов, вышедших на пенсию, инсомнические расстройства часто вызваны нарушением гигиены сна (дневным сном, длительным пребыванием в постели за чтением, просмотром телевизора).

В диагностике инсомнии сложности вызывает субъективный характер жалоб и формирующиеся у некоторых пациентов неправильные и мешающие (дисфункциональные) представления о собственном сне. Синдром инсомнии может быть диагностирован при наличии не реже трех раз в неделю следующих проявлений:

- любые повторяющиеся жалобы, связанные со сном: пресомнические (длительное засыпание), интрасомнические (частые ночные пробуждения, длительное засыпание после ночного пробуждения, ощущение поверхностного сна), постсомнические (раннее утреннее пробуждение, отсутствие чувства бодрости утром);
- наличие достаточного времени и подходящих условий для сна (в противном случае речь идет о поведенчески обусловленном недостатке сна);
- жалобы на ухудшение самочувствия в течение дня, которые пациент связывает с бессонницей: чувство усталости, разбитости, сонливость, ухудшение памяти, концентрации внимания, головные боли, мышечное напряжение, гастроинтестинальные нарушения [8].

Синдром инсомнии объединяет несколько нозологических единиц. В МКРС-2 выделялось девять клинических и этиопатогенетических подтипов инсомнии по принципу первичности-вторичности. К первичным относились адаптационная (или острая), психофизиологическая, парадоксальная, связанная с нарушением гигиены сна, идиопатическая и детская поведенческая

инсомнии. Вторичная инсомния, как считалось, развивалась на фоне соматических или неврологических заболеваний или в результате злоупотребления лекарственными препаратами, влияющими на сон, алкоголем или наркотическими веществами. Между тем анализ предрасполагающих факторов инсомнии показал, что практически при любой форме инсомнии есть признаки неблагополучия в психологической сфере: тревожность, эмоциональность, ипохондрия, перфекционизм, склонность к злоупотреблению. На вышеперечисленные факторы накладывается триггерный (провоцирующий) фактор – психологический стресс, изменение условий сна, острый болевой синдром, что приводит к развитию характерной клинической картины. Реже встречается обратная ситуация, когда острое нарушение сна является причиной декомпенсации психического заболевания или дебютом депрессивного эпизода. Последние достижения в области нейрофизиологии и психологии, а также трудности, возникающие при выделении первичного и ведущего компонентов и момента дебюта бессонницы, привели к тому, что в 2014 г. классификация инсомнии была пересмотрена. В новой классификации расстройств сна сохранилось разделение по принципу продолжительности нарушений, а первичные и вторичные инсомнии были объединены [9]. Таким образом, в настоящее время возможны три варианта диагноза инсомнии:

- 1) хроническая инсомния, соответствующая приведенным ранее диагностическим критериям и продолжающаяся не менее трех месяцев;
- 2) острая инсомния, при которой симптомы, соответствующие критериям, отмечаются менее трех месяцев;
- 3) другие инсомнии, которые пока не классифицируются как острая или хроническая.

Тем не менее необходимо по-прежнему анализировать факторы, приводящие к инсомнии, по-

скольку от этого зависит выбор метода лечения. При хронической инсомнии на фоне тревожного расстройства следует проводить сеансы когнитивно-поведенческой терапии с разъяснением механизмов развития бессонницы и дезактуализацией этой проблемы. У больного инсомнией часто формируются дисфункциональные представления о сне, которые приводят к нарушению гигиены сна (стремление проводить больше времени в постели), ограничительному поведению (уменьшение физической и умственной нагрузки), усилению страха и тревоги перед предстоящей мучительной ночью и негативной ассоциации, связанной со временем укладывания и постелью. Перечисленные факторы относятся к поддерживающим, чаще наблюдаются при хронической инсомнии и требуют коррекции методами когнитивно-поведенческой терапии и нормализации гигиены сна. Нельзя игнорировать соматические и психические проблемы пациента, усугубляющие его тревогу и нарушения сна.

Снотворные средства наиболее эффективны при острой инсомнии и теряют свое значение при хроническом нарушении сна, которое успело «образоваться» неправильными привычками и убеждениями и требует психотерапевтического подхода. Однако часто даже при хронической инсомнии для облегчения перехода к более строгому режиму, обеспечения соблюдения правил гигиены сна, повышения доверия к врачу, дезактуализации проблемы прибегают к комплексу фармакологических и нелекарственных методов. Наличие сопутствующих психических проблем расширяет спектр лекарственной терапии. При депрессивных расстройствах назначаются антидепрессанты с седативным действием, при тревожных – анксиолитики и нейролептики (хлорпротиксен, клозапин, алимазин), при болевом синдроме – антиконвульсанты (габапентин, прегабалин). Эти средства, с одной стороны, обеспечивают коррекцию важного симптома, с которым па-



циент обратился к врачу (инсомнии), с другой – влияют на сопутствующий психопатологический синдром.

Инструментальные методы диагностики (полисомнография) при инсомнии практически не применяются, поскольку жалобы пациента лежат в субъективной сфере. Однако из этого правила есть исключение. Нередко человек, уверенный в абсолютном отсутствии у него ночного сна, при объективном исследовании узнает, что его сон, хоть и прерывистый и поверхностный, составляет более шести часов. Это явление носит название парадоксальной инсомнии. Результаты объективных исследований могут стать терапевтическим инструментом в работе с такими пациентами и помочь изменить неправильные представления пациента о собственном сне и его последствиях. В случаях, требующих объективной оценки нарушений сна, применяют метод актиграфии, позволяющий выявить нарушения гигиены сна. Пациент в течение нескольких суток носит датчик, регистрирующий двигательную активность, затем при помощи специального программного обеспечения из этих данных вычленяется информация о продолжительности периодов сна и бодрствования. Более простой метод – ведение дневника сна, в котором пациент отмечает время укладывания и подъема, длительность засыпания, количество ночных пробуждений и время засыпания после них, время приема и количество лекарственных препаратов, алкоголя, содержащих кофеин продуктов, физическую активность в течение дня, самочувствие. Это также позволяет врачу произвести анализ нарушений гигиены сна и злоупотребления препаратами. Оценить выраженность инсомнии можно с помощью специальных опросников (индекса тяжести инсомнии, питтсбургского индекса качества сна, анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна). Для оценки психологических особенностей личности используются различные анкеты и опросники:



Рис. 2. Алгоритм диагностики и лечения инсомнии

Неврология



госпитальная шкала тревоги и депрессии, анкета копинг-стратегии, шкала депрессии Бека, шкала тревоги Спилбергера, методика многостороннего исследования личности, тест акцентуаций Леонгарда. Существуют анкеты, позволяющие выявить пациентов с высоким риском наличия СОАС: эпвортская шкала сонливости, анкета скрининга синдрома апноэ во сне [10, 11]. Алгоритм действий при подозрении на наличие у пациента инсомнии приведен на рис. 2. При острой инсомнии возможно кратковременное (от двух до пяти дней) применение блокатора центральных гистаминовых рецепторов доксиламина.

Снотворные средства третьего поколения (золпидем, зопиклон, залеплон) выводятся из организма в течение ночи, в связи с чем не вызывают побочных эффектов в виде сонливости и ухудшения внимания на следующий день. Например, залеплон, обладающий самым коротким периодом полувыведения, можно назначать пациентам, в жалобах которых преобладают ночные пробуждения и длительное засыпание после них. В этом случае пациент может, проснувшись в середине ночи, принять снотворное, не опасаясь последствий, проявляющихся на следующий день.

Препараты мелатонина применяются для коррекции нарушений цикла «сон – бодрствование» при различных неврологических заболеваниях. В крупном многоцентровом исследовании, проведенном в России в 2011–2012 гг., была продемонстрирована эффективность препарата Мелаксен (3 мг мелатонина) в коррекции нарушений сна у больных хронической сосудистой мозговой недостаточностью (дисциркуляторной энцефалопатией) [12]. Уже на 14-й день применения Мелаксена улучшилось большинство показателей, характеризующих ощущения качества сна: времени засыпания, частоты пробуждений, продолжительности и качества сна, числа ночных пробуждений и качества утреннего пробуждения. Через 24 дня лечения наблюдалось дальнейшее

улучшение. По окончании курса терапии доля пациентов, оценивавших свой сон как «очень плохой» и «плохой», сократилась с 65,1 до 2,8%. В другом исследовании было отмечено положительное влияние препарата Мелаксен на сон пациентов с болезнью Паркинсона [13]. Среди преимуществ препаратов мелатонина при коррекции нарушений сна у больных с неврологической патологией можно отметить отсутствие нежелательных побочных поведенческих и когнитивных эффектов, низкую токсичность, физиологическую оправданность заместительной терапии (в возрасте после 50 лет у большинства людей собственная секреция мелатонина приближается к нулевому значению). После купирования основных проявлений инсомнии необходимо оценить риск повторения и подготовить к нему пациента. Частота рецидивирования инсомнии оценивается в 27% в трехлетний период [14]. При склонности к тревоге, ипохондрии, подавлению эмоций необходимо подготовить больного к возможности рецидива бессонницы на фоне очередного стресса, дезактуализировать проблему и дать соответствующие рекомендации. Возможно назначение снотворных препаратов для ситуационного приема «по потребности»: пациенту предлагается выбрать два наиболее сложных дня предстоящей недели, в которые он должен чувствовать себя бодрым. Вечером перед таким днем ему разрешается принять снотворное. Этот метод – эффективный инструмент борьбы с возможной бессонницей, которым больной при отсутствии необходимости может и не воспользоваться, – позволяет снизить уровень тревоги «предвосхищения неудачи».

Диагностика и лечение синдрома обструктивного апноэ сна

Второй по распространенности тип нарушений сна – расстройства дыхания во сне, среди которых наиболее клинически значимым и часто встречающимся является СОАС. В России число пациентов

с СОАС пока остается недооцененным из-за ограниченной доступности исследований сна и нехватки специалистов.

Заподозрить наличие нарушений дыхания во сне, как уже говорилось, иногда удается при первом взгляде на пациента, но и тут могут возникнуть диагностические трудности. Вместо храпа и остатков дыхания такого пациента будут беспокоить частые ночные пробуждения, поверхностный неосвежающий сон, дневная сонливость (особенно если он спит один и никто не указывает на его нарушения дыхания), наводящие врача на мысль об инсомнии. Следует отметить, что пациенты с инсомнией, хотя и страдают от дневных симптомов, меньше обеспокоены дневной сонливостью, а зачастую не могут уснуть и днем в связи с наличием у них феномена гиперарousal (гиперактивации нервной системы) (hyperarousal state). Частые ночные пробуждения при СОАС также могут быть связаны с посещением туалета (более одного раза за ночь), сухостью во рту, иногда с ощущением нехватки воздуха. Дополнительными клиническими признаками, позволяющими заподозрить наличие СОАС, являются: высокий уровень артериального давления по утрам, резистентность к гипотензивной терапии, отсутствие снижения артериального давления в ночное время (нон-диппер тип кривой артериального давления), утренние головные боли, наличие метаболического синдрома, сахарного диабета [15]. Другие формы расстройств дыхания во сне редко встречаются при неврологической патологии, за исключением ночной гиповентиляции у больных мышечными дистрофиями и болезнью моторного нейрона. Проведение исследования дыхания во время сна в этих случаях позволит выбрать момент начала вспомогательной вентиляции в ночное время для продления ресурса дыхательной мускулатуры.

Стандартом диагностики является полисомнографическое исследование или его упрощенный



вариант – кардиореспираторный мониторинг, при котором оцениваются только показатели движений грудной клетки, дыхания, оксигенации крови, положения тела, храпа и частоты сердечных сокращений. При полисомнографии анализ кривой сна (гипнограммы) позволяет оценить степень нарушения структуры сна при СОАС. Среди показателей дыхания во сне наиболее информативным является индекс апноэ/гипопноэ, отражающий количество эпизодов расстройств дыхания за час сна. По этому показателю определяется наличие (норма < 5 эпизодов в час) или степень тяжести СОАС (5–15 эпизодов в час – легкая, 15–30 – средняя, 30 и более – тяжелая степень синдрома).

Кардиореспираторный мониторинг – менее затратный метод исследования дыхания во сне, поскольку не включает постановку электродов во время электроэнцефалографии и анализ гипнограммы. Однако из-за этого снижается его точность и информативность, так как все время мониторинга принимается за период сна без учета промежутков бодрствования. Это может повлиять на окончательное значение индекса апноэ/гипопноэ, привести к его занижению, если большую часть времени пациент не спал, при подозрении на наличие СОАС легкой или среднетяжелой степени. При тяжелом СОАС, как правило, выделение периодов бодрствования не оказывает влияния на общую картину и индекс апноэ/гипопноэ. В качестве скрининга нарушений дыхания во сне среди пациентов поликлиники или стационарного отделения врач может назначить ночную пульсоксиметрию, результаты которой оцениваются проще и быстрее, чем результаты полисомнографии или кардиореспираторного мониторинга. Уровень сатурации крови отражает основную функцию дыхания, при его существенном снижении в течение ночи необходимо проводить полноценное исследование сна. Основной пульсоксиметрический индекс (индекс десатурации) соот-

ветствует индексу апноэ/гипопноэ при кардиореспираторном мониторинге, что позволяет выявлять пациентов, находящихся в группе риска по наличию СОАС [16].

В случае, если дневная сонливость пациента не объясняется степенью выраженности нарушений дыхания во сне, проводится множественный тест латенции сна для исключения нарколепсии. Пациента несколько раз в течение дня оставляют засыпать лежа в постели в затемненном помещении, а затем рассчитывают среднее время засыпания. При нарколепсии оно существенно отличается от времени засыпания при других расстройствах сна (менее восьми минут), кроме того, при этом регистрируются специфические для этого состояния феномены раннего начала быстрого сна.

При выявлении нарушений дыхания во сне, требующих лечения, важно объяснить и продемонстрировать пациенту на результатах исследования, что происходит с ним во время сна, рассказать о значительном повышении риска сердечно-сосудистых, эндокринных и неврологических заболеваний, чтобы он осознал необходимость лечения. При СОАС средней и тяжелой степени методом выбора является применение чрезмасочной вентиляции постоянным положительным давлением во время сна (СиПАП-терапия). В наиболее тяжелых случаях используется лечение методом двухуровневой вентиляции (с разным давлением воздуха на вдохе и на выдохе) – БиПАП-терапия.

При СОАС легкой и в некоторых случаях средней степени тяжести показано хирургическое лечение. Чаще всего проводится увулопалатофарингопластика, позволяющая расширить просвет верхних дыхательных путей, убрав гипертрофированные мягкотканые образования (небные миндалины, язычок, часть мягкого неба) [17]. Стоматологи-ортодонты предлагают для коррекции апноэ сна использовать ротовые аппликаторы, надеваемые на ночь и удерживающие нижнюю челюсть во время

сна в несколько выдвинутом положении.

Универсальной рекомендацией при СОАС является снижение массы тела, так как около 3/4 этих больных страдают ожирением и именно парафарингеальные жировые подушки максимально способствуют сужению верхних дыхательных путей и затруднению дыхания при СОАС. Показано, что при этом состоянии уменьшение массы тела на 10% приводит к снижению величины индекса апноэ/гипопноэ на 25–50%. Однако, как и при других формах патологии, главной проблемой при снижении массы тела является приверженность пациентов лечению. После снижения массы тела в течение

1. Клиническая диагностика (наличие хотя бы одного из следующего):

- жалобы: сонливость, невосстанавливающий сон, усталость, бессонница, пробуждение с ощущением нехватки воздуха, удушья
- окружающие замечают постоянный (шесть-семь ночей в неделю) храп и/или остановки дыхания во время сна
- наличие артериальной гипертензии, аффективного расстройства, когнитивных нарушений, ишемической болезни сердца, инсульта в анамнезе, сердечной недостаточности, мерцательной аритмии, сахарного диабета 2 типа

Методы: эпвортская шкала сонливости, анкета скрининга апноэ во сне

2. Инструментальная диагностика

Методы: полисомнография, кардиореспираторный мониторинг, выявление пяти или более эпизодов преимущественно обструктивного характера на час сна. Альтернативной возможностью постановки диагноза СОАС даже в отсутствие клинических признаков является выявление 15 или более эпизодов преимущественно обструктивного характера на час сна

3. Лечение в зависимости от степени тяжести

- легкая (5–15 эпизодов в час): ротовые аппликаторы, увулопалатофарингопластика
- средняя (15–30 эпизодов в час): снижение массы тела, ротовые аппликаторы, увулопалатофарингопластика, СиПАП-терапия
- тяжелая (30 и более эпизодов в час): СиПАП-терапия, БиПАП-терапия

Рис. 3. Алгоритм диагностики и лечения синдрома обструктивного апноэ сна



года только 50% пациентов продолжают соблюдать диетические рекомендации [18]. Кроме того, у больных тяжелой формой СОАС снижение веса без сопутствующей СиПАП-терапии затруднено из-за значительных эндокринно-обменных нарушений, вызванных ночной гипоксемией и депривацией сна. Алгоритм действий при подозрении на наличие у пациента СОАС приведен на рис. 3.

Диагностика и лечение синдрома беспокойных ног

Синдром беспокойных ног – третье по распространенности в клинической практике невролога нарушение сна. Пациенты жалуются на чувство дискомфорта, неприятные ощущения в нижних конечностях (известны случаи локализации в руках, животе), которые вынуждают пациента постоянно менять положение ног, а иногда вставать и ходить по комнате. Ощущения, как правило, возникают поздним вечером и в первую половину ночи, к утру пациенту, наконец, удается уснуть. Нередко заболевание длится годами и десятилетиями. Оно может развиваться на фоне других болезней и функциональных состояний: железодефицитной анемии,

уремии, диабетической и алкогольной полиневропатии, эссенциального тремора, болезни Паркинсона, ревматологических заболеваний, беременности или иметь идиопатическую природу [8, 19].

Дифференциальную диагностику этого состояния следует проводить с некоторыми формами неврологической и соматической патологии – периферическими нейропатиями, заболеваниями периферических сосудов (перемежающейся хромотой), ночными крампи, акатизиями, тревожным расстройством, проклятьем Веспера (преходящим люмбальным стенозом, вызываемым застоем в венозном сплетении). Эти заболевания имеют ряд отличий от синдрома беспокойных ног, что дает возможность врачу их дифференцировать. Так, периферической невропатии часто сопутствует парестезия, но ее симптомы сохраняются в течение всего дня и не ассоциированы с желанием двигать ногами и чувством облегчения после таких движений. Изменения чувствительности при корешковом синдроме сопровождаются болями и характерным распределением чувствительного и двигательного дефекта, что не свойственно синдрому беспокойных ног. В отличие от него симптомы радикулопатии, наоборот, усиливаются при движениях. Симптом перемежающейся хромоты также усиливается при ходьбе и ослабевает после отдыха. Тревожные расстройства, на фоне которых часто наблюдается повышенная моторная активность, сочетающаяся с повышенной симпатической активностью, отличаются от синдрома беспокойных ног прежде всего отсутствием ассоциации с вечерним и ночным временем. Акатизия – внутреннее ощущение беспокойства, которое также сопровождается желанием двигаться, – наблюдается при болезни Паркинсона в ходе ее прогрессирования и как осложнение терапии. Важным для дифференциальной диагностики фактором здесь является ежедневный нарастающий к вечеру характер проявления симптома при синдроме

беспокойных ног независимо от приема лекарственных препаратов и облегчение при движениях.

Патогенез синдрома беспокойных ног не ясен, важная роль отводится дефициту железа в центральной нервной системе, которое необходимо для синтеза дофамина. При выявлении скрытого дефицита железа (уровень ферритина крови менее 50 мкг/мл) эффективным может оказаться курсовой прием его препаратов (обычно назначают 325 мг сульфата железа с аскорбиновой кислотой три раза в день, однако преимущество одних солей железа перед другими для лечения синдрома беспокойных ног не доказано).

При любой форме синдрома беспокойных ног препаратами выбора являются агонисты дофаминовых рецепторов прамипексол (0,125–1 мг на ночь) и ротиготин (1–3 мг/сут). Недавно к препаратам выбора (уровень доказательности I) был добавлен агонист альфа-2-дельта-рецепторов прегабалин (50–300 мг на ночь). В резистентных случаях используются леводопа, агонисты опиоидных рецепторов, клоназепам. Алгоритм диагностического и лечебного выбора при синдроме беспокойных ног представлен на рис. 4.

Заключение

Несмотря на усилия сомнологов, нарушения сна все еще остаются «неизведанной землей» для многих неврологов первичного звена. Это обусловлено целым рядом факторов: отсутствием систематического профессионального образования в этой области, междисциплинарным характером многих проблем сна, труднодоступностью аппаратуры для исследований сна. Уместно вспомнить изречение, приписываемое сразу нескольким патриархам отечественной медицины: «Редкие болезни встречаются редко, а частые – часто». По мнению авторов данного обзора, приведенные алгоритмы могут оказаться востребованными в 90% случаев обращений за помощью по поводу нарушений сна к врачу-неврологу. *

Клиническая диагностика

(необходимо наличие всех трех критериев)

1. Потребность двигать ногами, обычно ассоциированная с неприятными ощущениями:
 - возникающая или ухудшающаяся в покое
 - облегчающаяся при движении, пока оно совершается
 - преимущественно в вечернее или ночное время
2. Не объясняется наличием других состояний (крампи, позиционный дискомфорт, миалгия, венозная недостаточность, отеки, артрит)
3. Вызывает расстройство сна и нарушения в других сферах жизни

Лечение

- при всех формах: прамипексол, ротиготин, прегабалин
- при скрытом дефиците железа (уровень ферритина 50 мкг/мл и менее): препараты железа
- в резистентных случаях: леводопа, клоназепам, опиоидные анальгетики

Рис. 4. Алгоритм диагностики и лечения синдрома беспокойных ног



Литература

1. Bixler E.O., Vgontzas A.N., Ten Have T. et al. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 1998. Vol. 157. № 1. P. 144–148.
2. Bixler E.O., Vgontzas A.N., Lin H.M. et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001. Vol. 163. № 3. Pt. 1. P. 608–613.
3. Bickelmann A.G., Burwell C.S., Robin E.D. et al. Extreme obesity with alveolar hypoventilation: a Pickwickian syndrome // *Am. J. Med.* 1956. Vol. 21. № 5. P. 811–818.
4. Allen R.P., Walters A.S., Montplaisir J. et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study // *Arch. Intern. Med.* 2005. Vol. 165. № 11. P. 1286–1292.
5. Partinen M., Hublin C. Epidemiology of sleep disorders // *Principles and practice of sleep medicine* / ed. by M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders, 2011.
6. Wijnans L., Lecomte C., de Vries C. et al. The incidence of narcolepsy in Europe: before, during, and after the influenza A(H1N1)pdm09 pandemic and vaccination campaigns // *Vaccine.* 2013. Vol. 31. № 8. P. 1246–1254.
7. Lichstein K.L., Daniel T.J., McCrae C.S. et al. Insomnia: epidemiology and risk factors // *Principles and practice of sleep medicine* / ed. by M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement. 5th ed. St. Louis: Elsevier Saunders, 2011.
8. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левина, М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013.
9. International Classification of Sleep Disorders, 3rd ed. Diagnostic and coding manual. Darien: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
10. Полуэктов М.Г. Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии // Эффективная фармакотерапия. 2013. № 12. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства». С. 22–29.
11. Mayer G., Jennum P., Riemann D. et al. Insomnia in central neurologic diseases – occurrence and management // *Sleep Med. Rev.* 2011. Vol. 15. № 6. P. 369–378.
12. Полуэктов М.Г., Левин Я.И., Бойко А.Н. и др. Результаты российского мультицентрового исследования эффективности и безопасности Мелаксена (мелатонин) для лечения нарушений сна у пациентов с хронической церебральной сосудистой недостаточностью // *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2012. Т. 112. № 9. С. 26–31.
13. Федорова Н.В., Никитина А.В., Губанова Е.В. Роль мелатонина в терапии первичных нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона // *Consilium Medicum. Неврология и ревматология.* 2012. № 2. С. 84–90.
14. Morin C.M., Belanger L., LeBlanc M. et al. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study // *Arch. Intern. Med.* 2009. Vol. 169. № 5. P. 447–453.
15. Вейн А.М., Елигулашвили Т.С., Полуэктов М.Г. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение. М.: Эйдос Медиа, 2002.
16. Аксенова Л.В., Елфимова Е.М., Голицын П.В. и др. Значение компьютерной пульсоксиметрии в практике врача-кардиолога // Сборник материалов научно-практической конференции «Клиническая сомнология». М., 2014. С. 15.
17. Powell N.B., Riley R.W., Guilleminault C. Surgical management of sleep-disordered breathing // *Principles and practices of sleep medicine* / ed. by M.H. Kryger, T. Roth, W.C. Dement. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2005. P. 1081–1097.
18. Dalle Grave R., Calugi S., Molinari E. et al. Weight loss expectations in obese patients and treatment attrition: an observational multicenter study // *Obes. Res.* 2005. Vol. 13. № 11. P. 1961–1969.
19. Ondo W.G. Restless legs syndrome: pathophysiology and treatment // *Curr. Treat. Options Neurol.* 2014. Vol. 16. № 11. P. 317.

Management of Sleep Disorders in Ambulatory Neurological Unit

M.G. Poluektov, P.V. Pchelina

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

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

Complaints on disordered sleep are frequent cause for admission to ambulatory neurological unit. In the structure of such disorders the leaders are insomnias, obstructive sleep apnea and restless legs syndrome. Clinical examination is the main method for the diagnosis of most sleep disorders. It could be expanded with questionnaires and instrumental investigations (polysomnography, actigraphy, cardiorespiratory monitoring, pulseoxymetry). Treatment of disordered sleep includes complex approach with medication, psychotherapy, surgery and special equipment.

Key words: *insomnia, obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, polysomnography, sleep, sleep disorders*