

СОН В РУКУ



Автор:
Михаил Гурьевич Полуэктов, к.м.н.,
доцент кафедры нервных болезней Института клинической медицины,
заведующий отделением медицины сна Университетской клинической
больницы № 3 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ИНСОМНИИ (БЕССОННИЦЕ)

В медицинских кругах термин «бессонница» иногда подвергается критике, поскольку звучит неакадемично. Так, академик А.М. Вейн считал, что употреблять его нецелесообразно, поскольку пациент таким образом убеждается, что сон у него действительно отсутствует и его неправильные представления (в настоящее время это называют «дисфункциональными убеждениями») о наличии тяжелого заболевания имеют основания. Необходимость замены этого устаревшего названия на более академичный термин «инсомния» подтверждается правилами введения в язык заимствованных слов. Согласно лингвисту М.А. Брейтер [1], это возможно в случае «отсутствия соответствующего понятия в когнитивной базе; отсутствия соответствующего наименования в языке-рецепторе; для обеспечения стилистического эффекта; становления позитивных коннотаций, которыми не обладает эквивалентная единица в языке-рецепторе».

Попытка введения в медицинский лексикон заменяющего «бессонницу» термина «диссомния» (*dys* – затруднение, нарушение функции, греч.; *somnus* – сон, лат.), а затем «инсомния» (*in* – внутри, лат.; *somnus* – сон, лат.) согласно этой концепции служит стилистической задаче – отделить «неправильное» представление больного о своем сне от «правильного» представления врача. Такая замена, скорее всего, не встретила бы у медицинских работников внутреннего сопротивления, как это произошло, например, с термином «эпидемический паротит» (а не «свинка»), если бы состояние сна не было присуще и самим профессионалам медицины. Здесь возникает проблема. В кругу семьи те же врачи называют расстройство сна бессонницей, поскольку это культурально-семантически обосновано и понятно окружающим. С такой же точки зрения, по-видимому, выступали и переводчики официального издания классификации болезней (МКБ-10), обозначившие его как «бессонницу неорганической этиологии» и «нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница)» [2]. Таким образом, в настоящее время термины «бессонница» и «инсомния» рассматриваются как взаимозаменяемые синонимы при общении или в медицинской документации.

НИ В ОДНОМ ГЛАЗУ

Согласно определению, инсомния (бессонница) представляет собой состояние, характеризующееся субъективным ощущением недостаточного количества или качества ночного сна. При этом пациент может предъявлять различные жалобы на свой сон: на трудности засыпания, частые пробуждения, раннее окончательное пробуждение, недовольство его качеством. Дополнительными критериями диагноза «ин-

В МЕДИЦИНСКИХ КРУГАХ ТЕРМИН «БЕССОННИЦА» ПОДВЕРГАЮТ КРИТИКЕ, ПОСКОЛЬКУ ЗВУЧИТ ОН НЕАКАДЕМИЧНО

сомния» являются: наличие достаточного времени и подходящих условий для сна и наличие последствий в виде различного рода нарушений функционирования в бодрствовании (см. таблицу 1). Важным также является частотный критерий – инсомнией можно считать расстройство сна, случающееся 3 и более ночей в неделю. Следует подчеркнуть, что диагноз «инсомния» прежде всего клинический, основанный на субъективных ощущениях индивидуума. Он требует проведения тщательного опроса пациента с выяснением основных жалоб, дневных последствий нарушений сна и данных анамнеза. В этом диагностика инсомнии схожа с головной болью, когда «из 30 минут, отведенных на осмотр больного, 25 следует отвести опросу» (цит. по Ан. Б. Данилову).

Как и в случае цефалгии, для уточнения жалоб большую помощь может оказать дневник заболевания, который обычно ведется в течение 2 недель. В нем больному предлагается ежедневно указывать время укладывания в постель вечером, предположительное время засыпания, количество ночных пробуждений и их примерную длительность, время окончательного утреннего пробуждения, общую удовлетворенность сном. Предлагаются различные варианты дневников сна, но для того, чтобы пациент действительно ежедневно его вел, а не заполнял «на коленке» в ожидании приема врача, следует минимизировать количество вопросов.

Проводить дополнительное исследование сна при инсомнии обычно не требуется. Согласно международным рекомендациям [3], проведение полисомнографического исследования показано только в случае подозрения на наличие значительной недооценки пациентом времени своего сна (псевдоинсомния), другого расстройства сна как причины бессонницы или же при резистентной к лечению форме. Распространенные в настоящее время гаджеты (фитнес-трекеры, приложения к смартфону, «умные» часы) пока не обладают достаточной точностью для определения сна и скорее введут в заблуждение, чем помогут с диагнозом. Регистрация двигательной активности во время сна при помощи валидизированных приборов (актиграфов) позволяет оценивать показатели сна при инсомнии с 85% точностью.

Существует ряд рекомендованных нормативов сна, подтвержденного объективным методом (см. таблицу 2), от них можно отталкиваться, чтобы расценивать сон пациента как нормальный или нарушенный [4]. В интерпретации данных полисомнографии при инсомнии следует помнить о наличии «эффекта первой ночи» – ухудшение сна на новом месте, что также ограничивает возможности объективной верификации сна при этом заболевании.

ТАКАЯ РАЗНАЯ ИНСОМНИЯ

В клинической картине инсомнии важным является определение преимущественного типа нарушения сна – пресомнического (трудности засыпания), интрасомнического (частые ночные пробуждения, трудности засыпания после ночного пробуждения, ощущение беспокойного невосстанавливающего сна) и постсомнического (раннее пробуждение утром с невозможностью последующего засыпания). Это поможет определить стратегию фармакотерапии: использовать ли препараты с коротким временем полужизни (для ускорения засыпания после укладывания вечером или при ночных пробуждениях) или рассчитывать на пролонгированный лекарственный эффект в течение всей ночи при частых ночных пробуждениях, ощущении невосстанавливающего сна и ранних утренних пробуждениях.

На основе временного фактора выделяют две основные формы инсомнии. К острой инсомнии относят нарушения сна, длящиеся менее 3 месяцев, к хронической – дольше этого времени. Несмотря на простоту, такой подход имеет глубокий патофизиологический смысл, который определяет и лечебную тактику.

Острая инсомния возникает обычно на фоне действия известного активирующего фактора. Обычно это какой-либо вариант эмоционального стресса (согласно Г. Селье, правильно было бы говорить, «дистресса», поскольку «стресс» является естественной формой реагирования). Наиболее важными факторами, определяющими развитие гиперактивации, являются межличностные конфликты, болезни, изменение социального или имущественного статуса. До 30% людей в общей популяции ежегодно подпадают под критерии острой инсомнии (3 и более «плохих» ночи в неделю). В большинстве (около 80%) случаев после прекращения действия стрессового фактора острая инсомния разрешается самопроизвольно – сон нормализуется [5]. Считается, что негативный эффект стресса на сон не может сохраняться более 3 месяцев.

Если же нарушения сна по истечении этого срока сохраняются, то, по-видимому, в дей-

Таблица 1. Критерии диагноза «инсомния»

А	Пациент или наблюдатель отмечают одно либо более из следующего
	• Трудности инициации сна • Трудности поддержания сна • Пробуждение раньше желаемого времени
Б	Пациент или наблюдатель отмечают одну либо более из следующих проблем, обусловленных нарушением ночного сна
	• Усталость/недомогание • Нарушение внимания, сосредоточения или запоминания • Нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования • Расстройство настроения/раздражительность • Дневная сонливость • Проблемы с поведением (например, гиперактивность, импульсивность, агрессия) • Снижение мотивации/энергичности/инициативности • Подверженность ошибкам и несчастным случаям • Беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им
В	Эти жалобы на сон/бодрствование не объясняются недостаточными возможностями (то есть имеется достаточное для сна время) или условиями (то есть окружение достаточно безопасное, затемненное, тихое и комфортное) для сна
Г	Нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы случаются не менее чем 3 раза в неделю
Д	Проблемы сна/бодрствования не объясняются наличием другого расстройства сна

Таблица 2. Некоторые показатели нормального сна

Время засыпания (от момента выключения света), мин	⩽ 30
Время бодрствования в период сна, мин	⩽ 30
Общее время сна, ч	⩾ 6,5
Индекс эффективности сна (отношение времени сна ко времени нахождения в постели), %	⩾ 85

ствие вступают «поддерживающие» факторы. Это изменение привычного образа жизни «в угоду» сну – пациенты начинают больше времени проводить в постели, изменяют свои дневные планы, если считают, что получили недостаточно сна. Формируется избыточный фокус внимания в отношении своего сна (недостаточность копинг-стратегии переключения внимания), в итоге образуются стойкие дисфункциональные (мешающие) убеждения в том, что «нормального сна достичь невозможно», «за сон нужно бороться», «нехватка сна разрушает мою жизнь». В итоге возникает «порочный круг» самовозбуждения, препятствующий засыпанию и ощущению восстанавливающего эффекта сна, – развивается хроническая инсомния. Далеко не все люди, сталкивающиеся со стрессовой бессонницей, будут ей страдать в дальнейшем. «Зацикливанию» на проблемах своего сна способствуют определенные личностные черты: перфекционизм, амбициозность, нейротизм (неумение регулировать отрицательные эмоции), низкий уровень экстраверсии.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Различия в патогенезе острой и хронической инсомнии определяют и подходы к терапии этих состояний. Согласно международным рекомендациям, острая инсомния не нуждается в лечении [3]. Однако некоторые авторы рекомендуют для предотвращения хронизации острой инсомнии назначать короткий курс снотворных препаратов или использовать методы когнитивно-поведенческой терапии инсомнии (КПТ-И).

В качестве снотворных при инсомнии используют бензодиазепиновые агонисты $ГАМК_А$-рецепторного комплекса. В России наиболее распространенными препаратами этого класса являются феназепам, клоназепам, алпразолам. Наряду со снотворным, эти препараты обладают рядом других клинических эффектов, что обусловлено неселективностью их воздействия на разные подтипы $ГАМК_А$-рецептора. Анксиолитический и седативный эффекты могут быть полезны для человека в состоянии острого стресса, однако противоэпилептический, миорелаксирующий, амнестический, атактический в данном контексте можно отнести к нежелательным. Агонисты небензодиазепиновой структуры, так называемые Z-препараты, зопиклон, золпидем, залеплон связываются преимущественно с альфа-1-субъединицей рецептора, обеспечивающей снотворный эффект, поэтому лишены упомянутых нежелательных побочных действий. Им отдается предпочтение при назначении в качестве снотворных.

Ключевым звеном патогенеза хронической инсомнии является формирование дисфункциональных убеждений и неадаптивное поведение в отношении сна, поэтому КПТ-И признается методом выбора, «золотым стандартом» в лечении этой формы расстройств сна. Обычный курс КПТ-И включает в себя 6–8 сессий психологического тренинга, во время которых пациент получает знания об организации сна и природе его расстройств. Затем он применяет эти знания в повседневной жизни, на своем опыте убеждаясь в их действенности. Показано, что кратковременный эффект КПТ-И сопоставим с эффектом фармакотерапии, а долговременный – превышает его. Повсеместное применение метода в России ограничено отсутствием специалистов – врачей и психологов, знакомых с проблематикой медицины сна. В настоящее время популярность приобретают онлайн-формы КПТ-И, доступные и в нашей стране [6].

При фармакотерапии хронической инсомнии рекомендуется использовать бензодиазепиновые снотворные и Z-препараты. Подчеркивается нежелательность назначения их на длительный срок в связи с риском развития привыкания и зависимости. Международный консенсус рекомендует использовать снотворные препараты при хронической инсомнии прерывистыми курсами, однако конкретная схема применения (через день, через неделю, несколько раз в неделю) нигде не раскрывается. Также обоснованным считается кратковременное применение седативных антидепрессантов (тразодон, миртазапин в России). В отношении эффективности препаратов мелатонина, блокаторов центральных гистаминовых рецепторов и нейролептиков – европейские эксперты считают их эффективность недостаточной, хотя в некоторых случаях (у лиц старше 55 лет) мелатонин значительно превосходит плацебо.

Отдельный вопрос, важный для определения оптимальной тактики лечения инсомнии, – первичный или вторичный характер этого расстройства по отношению к психопатологическому синдрому. Инсомния высоко коморбидна психическим заболеваниям, прежде всего, тревожного ряда (встречается у 85% больных генерализованным тревожным расстройством, у 67% – паническим расстройством). Назначение противотревожных препаратов обычно дает положительный эффект как в отношении основных жалоб пациента, так и сопутствующих им нарушений сна. Одной из возможностей одновременно обеспечить противотревожный и снотворный эффект является применение агонистов ГАМК-рецепторов типа В (би). Рецептор относится к группе метаботропных G-рецепторов, то есть соединение с ним агониста приводит к изменению (в данном случае замедлению) метаболизма нервной клетки. Это вызывает снижение возбудимости нейронов миндалевидного тела и коры головного мозга, что проявляется уменьшением тревоги и улучшением сна. Препарат Ноофен® (ООО «Олайнфарм Рус») представляет собой эффективный $ГАМК_В$-ергический препарат аминофенилмасляной кислоты. Он назначается при астенических и тревожно-невротических состояниях, в том числе бессоннице и ночной тревоге у пожилых людей. Следует также отметить, что назначение Ноофена не сопровождается ощущением «разбитости» после ночного сна или сонливости днем, также показан положительный эффект препарата на когнитивные функции больных с цереброваскулярной недостаточностью [7].

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в течение последних лет, проблема поиска оптимального диагностического и лечебного подхода при инсомнии остается актуальной, поскольку у 30% больных, получавших лечение в течение 3 лет, нарушения сна сохраняются [7]. Перспективным представляется использование электронных регистраторов (гаджетов) и онлайн-сервисов для ведения этих пациентов.

Публикация поддерживается ООО «Олайнфарм Рус» (Россия).

Бодрость днем

Спокойствие ночью



НООФЕН®
АМИНОФЕНИЛМАСЛЯНАЯ КИСЛОТА

ПРОТЕСТИРОВАН **НА КОСМОНАВТАХ***

Восстанавливает ГАМК-обмен[1]

Уменьшение головокружений и головных болей[1]

Улучшение сна и настроения[2]

Ноофен®. МНН: аминофенилмасляная кислота. **Регистрационный номер:** ЛП-001983. **Лекарственная форма:** капсулы, 250,0 мг. **Фармакотерапевтическая группа:** другие психостимуляторы и ноотропные препараты. **Код АТХ:** N06BX22. **Показания к применению:** астенические и тревожно-невротические состояния; заикания, тики и энурез у детей; бессонница и ночная тревога у пожилых; болезнь Меньера, головокружения, связанные с дисфункцией вестибулярного анализатора различного генеза; профилактика укачивания при кинетозах; в составе комплексной терапии при алкогольном абстинентном синдроме для купирования психопатологических и соматовегетативных расстройств. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к действующему веществу препарата или вспомогательным веществам препарата. Острая почечная недостаточность. Беременность, период лактации. Детский возраст до 8 лет (для данной лекарственной формы). Препарат содержит лактозу. Не следует применять пациентам с редкой врожденной непереносимостью галактозы, дефицитом лактазы или с глюкозо-галактозной мальабсорбцией. **С осторожностью:** пациентам с эрозивно-язвенными заболеваниями желудочно-кишечного тракта из-за раздражающего действия препарата рекомендуется назначать меньшие дозы препарата. **Применение при беременности и в период грудного вскармливания**[1]: применение во время беременности и в период кормления грудью не рекомендуется, так как нет достаточного количества клинических наблюдений. **Способ применения и дозы**[1]: внутрь, после еды. Капсулу нельзя разжевывать. Астенические и тревожно-невротические состояния: взрослые: по 250–500 мг 3 раза в день. Высшие разовые дозы: для взрослых – 750 мг, для пациентов старше 60 лет – 500 мг. При необходимости суточную дозу повышают до 2,5г (2500мг). Курс лечения составляет 4-6 недели. Заикание, тики и энурез у детей: от 8 до 14 лет по 250 мг 2-3 раза в день; дети старше 14 лет – дозы для взрослых. Бессонница и ночная тревога у пожилых: по 250–500мг 3 раза в день. Для устранения головокружения при дисфункции вестибулярного анализатора инфекционного генеза (отогенный лабиринтит) и болезни Меньера: в период обострения назначают по 750 мг 3 раза в день в течение 5–7 дней. Для устранения головокружения при дисфункциях вестибулярного анализатора сосудистого и травматического генеза назначают по 250 мг 3 раза в сутки на протяжении 12 дней. Для профилактики укачивания при кинетозах: 250–500 мг однократно за один час до предполагаемого путешествия или при появлении первых симптомов укачивания. В составе комплексной терапии при алкогольном абстинентном синдроме для купирования психопатологических и соматовегетативных расстройств: в первые дни лечения назначают по 250–500 мг 3 раза в течение дня и 750 мг на ночь с постепенным понижением суточной дозы до обычной для взрослых. **Побочное действие**[1]: сонливость и усиление симптомов (в начале лечения), головокружение, головная боль, тошнота (в начале лечения), аллергические реакции (кожная сыть, зуд), гепатотоксичность. **Перечень всех побочных эффектов представлен в инструкции по медицинскому применению. Передозировка**[1]: симптомы: сонливость, тошнота, рвота, головокружение. При длительном применении высоких доз может развиваться эозинофилия, артериальная гипотензия, нарушения почечной деятельности, жировая дистофия печени (прием более 7 г). **Взаимодействие с другими лекарственными средствами и другие виды взаимодействий:** в целях взаимного потенцирования, Ноофен® можно комбинировать с другими психотропными препаратами, уменьшая дозы Ноофена и сочетаемых лекарственных средств. Удлиняет и усиливает действие снотворных, нейролептических и противопаркинсонических средств. **Особые указания:** при длительном применении необходимо контролировать клеточный состав крови, показатели функции печени. **Влияние на способность управлять автотранспортом или обслуживать потенциально опасные механизмы:** в период лечения необходимо соблюдать осторожность при управлении транспортными средствами и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций, поскольку у некоторых пациентов могут наблюдаться нарушения со стороны центральной нервной системы, такие как сонливость и головокружение. **Срок годности**[1]: 2 года. **Условия отпуска из аптек:** по рецепту. **СИП от 13.04.2020 г. на основании ИМП от 04.12.2018 г.**

Реклама

RUNOO0012

*В 1975 году была включена в аптечку космонавтов, участвовавших в экспериментальном полёте «Союз» – «Аполлон».

†Полная информация по препарату представлена в инструкции по медицинскому применению.

1. ИМП лекарственного препарата Ноофен от 04.12.2018 г. 2. Насонова Т.И. и соавт. Хроническая ишемия мозга и метаболический синдром. Журнал неврологии им.Маньковского, 2014. Т.2, №4. С.34-40.

Информация предназначается для медицинских и фармацевтических работников

СОЗДАНО OLAINFARM
ПРОИЗВЕДЕНО В ЛАТВИИ

125212, г. Москва,
шоссе Головинское, д.5, к1, эт.14, пом. 14013
Тел./факс: +7 499 551 51 10
olainfarmrus@olainfarm.com, ru.olainfarm.com

Отсканируйте на смартфон и перейдите по ссылке

OlainFarm

СОН В РУКУ

1. Брейтер, М. А. Англицизмы в русском языке: история и перспективы: Пособие для иностр. студентов-русистов / М. А. Брейтер. – М.: Изд-во АО «Диалог-МГУ», 1997.
2. Международная классификация болезней в 3х томах (т. 1) (МКБ-10). М.: Медицина, 2003.
3. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, Espie CA, Garcia-Borreguero D, Gjerstad M, Gonçalves M, Hertenstein E, Jansson-Fröjmark M, Jennum PJ, Leger D, Nissen C, Parrino L, Paunio T, Pevernagie D, Verbraecken J, Weeß HG, Wichniak A, Zavalko I, Arnardottir ES, Deleanu OC, Strazisar B, Zoetmulder M, Spiegelhalder K. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res. 2017 Dec;26(6):675–700.
4. Полуэктов М. Г. Клинический алгоритм диагностического и лечебного выбора при инсомнии. Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства» 2013; 12: 22–29.
5. Ellis JG, Gehrman P, Espie CA, Riemann D, Perlis ML. Acute insomnia: current conceptualizations and future directions. Sleep Med Rev. 2012 Feb;16(1):5–14.
6. Когнитивно-поведенческая терапия инсомнии онлайн. http://medsna.ru/glavnaya/onlajn-kognitivno-povedencheskaya-terapiya-insomnii/ Электронный документ по состоянию на 01.12.20.
7. Воробьева О. В., Русая В. В. Эффективность и безопасность препарата ноофен в терапии синдрома хронической усталости у больных с цереброваскулярной недостаточностью. Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2017;117(11): 31–36.
8. Morin CM, Bélanger L, LeBlanc M, Ivers H, Savard J, Espie CA, Mérette C, Baillargeon L, Grégoire JP. The natural history of insomnia: a population-based 3-year longitudinal study. Arch Intern Med. 2009 Mar 9;169(5):447–53.