https://doi.org/10.17116/jnevro20171174248-55

Сравнительное исследование эффективности когнитивно-поведенческой терапии и зопиклона при хронической инсомнии

П.В. ПЧЕЛИНА[1*], А.А. ТАБИДЗЕ [2], М.Г. ПОЛУЭКТОВ [1]

[1]ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет)», Москва, Россия; [2]Научный центр «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки, Москва, Россия

Цель исследования. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой терапии инсомнии (КПТ-И) в сравнении с фармакотерапией при хронической инсомнии в российской популяции. **Материал и методы.** Проведено перекрестное исследование 42 больных хронической инсомнией (14 мужчин, 28 женщин) в возрасте от 29 до 80 лет, которые прошли 2 курса лечения: с помощью препарата зопиклон и с применением образовательной методики с элементами КПТ-И. Всем больным производилось ночное полисомнографическое исследование. Оценка эффективности лечения осуществлялась с помощью индекса тяжести инсомнии, опросника по качеству сна Питтсбургского университета, шкалы дисфункциональных убеждений в отношении сна, индекса гигиены сна, шкалы депрессии Бека. **Результаты.** Эффективность лекарственного и нелекарственного методов терапии в отношении инсомнии оказалась сопоставимой. Величина индекса тяжести инсомнии после КПТ-И снизилась на 3,6 (с 17,7±5,3 до 12,8±5,1) балла, после курса зопиклона — на 4,9 (с 16,5±5,8 до 12,9±6,2) балла (p<0,05). Однако спустя 2 нед результат сохранялся лишь после применения КПТ (12,9±6,2 балла), по окончании приема зопиклона показатель увеличился до 15,5±4,6 балла. Кроме того, после применения КПТ-И зафиксировали достоверное снижение значений по шкале депрессии Бека (с 11,8±6,9 до 8,5±7,0 балла), шкале гигиены сна (с 26,9±7,5 до 23,9±5,7 балла) и шкале дисфункциональных убеждений в отношении сна (с 104,9±29,7 до 84,4±34,2 балла) (p<0,05). Реагировавшие на КПТ-И больные оказались моложе нонреспондеров (40,5±12,9 и 57,2±11,7 года соответственно, p<0,05), что позволяет рассматривать более молодой возраст больных как предиктор эффективности КПТ-И. **Заключение.** Лечение хронической инсомнии методом КПТ столь же эффективно, как и фармакотерапия, при том что ее применение сопровождается дополнительным улучшением эмоционального состояния, а эффект сохраняется дольше.

Ключевые слова: *хроническая инсомния, когнитивно-поведенческая терапия инсомнии, зопиклон.*

Comparative study of effectiveness of cognitive-behavior therapy and zopiclone for chronic insomnia

P.V. PCHELINA, A.A. TABIDZE, M.G. POLUEKTOV

Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia; Scientific Center «Psychotherapeutic Pedagogics», Moscow, Russia

Chronic insomnia is a widespread and therapy resistant sleep disorder associated with multiple diseases and worsening of its course. Cognitive-behavior therapy of insomnia (CBT-I) is a pathogenetically based method of chronic insomnia treatment. 42 patients (male 14, female 28, age from 29 to 80) matched ICSD-3 criteria of chronic insomnia participated in the crossover study including 2-week courses of treatment by CBT-I and Zopiclone. All participants underwent polysomnography. Effectiveness of treatment was evaluated by questionnaires: Insomnia severity index (ISI), Pittsburgh sleep quality index, Beck depression inventory, Disfunctional beliefs about sleep, Sleep hygiene index. Treatment with CBT-I and zopiclone produced simular improvement of sleep quality with Insomnia severity index decreased to 3,6 (from 17,7±5,3 to 12,8±5,1) and 4,9 (from 16,5±5,8 to 12,9±6,2) respectively (p<0,05) while after two weeks of stopping treatment the significant difference remained only for CBT-I comparing with zopiclone treatment (12,9±6,2 and 15,5±4,6 points by ISI respectively) (p<0,05). The use of CBT-I leads to decrease of level of depression from 11,8±6,9 to 8,5±7, Sleep hygiene index decreases from 26,9±7,5 to 23,9±5,7 and disfunctional beliefs about sleep level drops from 104,9±29,7 to 84,4±34,2 (all these differences were significant at p<0,05). Analysis of the characteristics of responders and nonresponders has shown that the mean age of the first ones was younger comparing with nonresponders (40,5±12,9 and 57,2±11,7, p<0,05 respectively) that allows us to consider young age as predictor of CBT-I effectiveness. Treatment of chronic insomnia by CBT-I has simular efficacy as pharmacotherapy, but additionally it leads to the emprovement of emotional state and its therapeutistic effects after discontinuation lasts longer.

Keywords: *sleep, sleep disorders, chronic insomnia, cognitive-behavior treatment of insomnia, zopiclone.*

© Коллектив авторов, 2017

*e-mail: polbox@mail.ru

Хроническая инсомния рассматривается как распространенное расстройство сна, значительно ухудшающее качество жизни пациентов, резистентное к терапии и ассоциированное с серьезными соматическими заболеваниями.

Распространенность хронической инсомнии в общей популяции составляет, по минимальным оценкам, 6%, что сопоставимо с распространенностью сахарного диабета. Вместе с тем не все врачи имеют четкое представление о том, кто и каким образом должен лечить хроническую инсомнию. Это приводит к гиподиагностике и неправильному лечению с назначением бензодиазепинов. Экономические потери в связи с инсомнией обусловлены тем, что у плохо спящих людей снижается трудоспособность. Они часто отсутствуют на рабочем месте из-за плохого самочувствия и у них в целом в 3 раза меньше «эффективных» рабочих дней, чем у здоровых [1].

Показано, что хроническая инсомния с объективно короткой продолжительностью ночного сна, помимо ухудшения качества жизни больных, ассоциирована с повышенным риском развития сердечно-сосудистых и метаболических заболеваний [2]. Предполагают, что это может быть обусловлено повышением тонуса симпатической нервной системы, нарушением циркадианных ритмов организма, гиперактивностью ренин-ангиотензин-альдостероновой системы [3, 4].

Снотворные (бензодиазепины, Z-препараты, антагонисты гистаминовых рецепторов), которые эффективны при острой инсомнии, не являются препаратами выбора при хроническом течении инсомнии [5]. Длительный анамнез заболевания, развитие поддерживающих факторов инсомнии и толерантность к медикаментозной терапии делают хроническую инсомнию резистентной к традиционному лечению снотворными и оправдывают назначение антидепрессантов.

После курса лекарственной терапии сохраняется высокий риск рецидива, а при длительном приеме гипнотиков повышается риск развития привыкания и злоупотребления. Кроме того, лекарственные препараты для лечения бессонницы обладают широким спектром побочных эффектов [6].

Когнитивно-поведенческая терапия инсомнии (КПТ-И) является методом выбора в лечении хронической инсомнии, по данным зарубежных руководств, что подтверждается наличием большого числа клинических исследований. Эффективность этого метода лечения в долгосрочной перспективе выше по сравнению с лечением снотворными препаратами [5]. Применение КПТ-И является патогенетически обоснованным, так как корректирует дисфункциональные убеждения относительно сна и связанные с ними поведенческие факторы. К преимуществам нелекарственной терапии относятся отсутствие побочных эффектов, риска развития привыкания и злоупотребления. В то же время полный курс КПТ-И требует больших затрат времени от пациента и врача, поэтому все большую популярность приобретают сокращенные курсы поведенческой терапии (*англ.*: brief behavioral treatment of insomnia — BBT-I) и онлайн-курсы [7].

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) активно используется при многих других соматических заболеваниях. Приводятся данные об эффективности ее применения при боли [8, 9] и ожирении [10]. Отсутствие данных об эффективности этого метода лечения при хронической инсомнии в российской популяции сделало необходимым проведение исследования сравнения эффективности КПТ-И и фармакотерапии.

Материал и методы

Были обследованы 42 пациента (14 мужчин, 28 женщин, в возрасте от 29 до 80 лет, средний возраст 54 года), которым был поставлен диагноз хронической инсомнии согласно критериям 3-й версии Международной классификации расстройств сна (МКРС-3) [11]. Набор участников производили на базе отделения медицины сна Университетской клинической больницы №3 (ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова»).

В исследование не включались пациенты: 1) принимающие препараты, которые оказывают влияние на сон, отказывающиеся или не имеющие возможности прекратить их прием как минимум за 1 нед до начала исследования и на весь период исследования; 2) злоупотреблявшие лекарственными средствами, алкоголем, наркотическими веществами в анамнезе; 3) имеющие ранее диагностированные эндогенные психические заболевания; 4) с деменцией; 5) в период беременности и лактации; 6) работающие посменно; 7) имеющие иные заболевания, которые влияют на глубину и продолжительность сна: синдром обструктивного апноэ во сне средней и тяжелой степени (индекс апноэ/гипопноэ 15 и более эпизодов в час), синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей во сне с индексом периодических движений конечностей 15 и более эпизодов в час), выраженный болевой синдром; 8) имеющие тяжелые хронические заболевания, а также соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации, которые не позволяют принимать участие в исследовании.

Все испытуемые подписывали информированное согласие согласно форме, установленной и одобренной Локальным комитетом по этике при ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова».

Исследование имело перекрестный (кроссоверный) дизайн, при котором каждый испытуемый прошел 2 курса лечения в случайной последователь-

ности: 1) с применением препарата зопиклон 7,5 мг за 30 мин до укладывания в течение 2 нед; 2) с применением структурированной образовательной методики с элементами КПТ-И.

Для определения очередности применения метода лечения (КПТ-И или зопиклон) в каждом случае производилась рандомизация карточным методом. В результате пациент определялся либо в группу, где первым методом лечения было применение снотворного средства, а вторым — образовательная методика (1-я группа), либо в группу, где сначала проводилась образовательная методика, а затем назначалось снотворное средство (2-я группа). Группы были однородны по полу: 50% мужчин в 1-й группе против 54% во 2-й; возрасту: 54,1±15 лет в 1-й группе против 47,4±14,1 года во 2-й; антропометрическим характеристикам и результатам полисомнографии (ПСГ), психометрических и сомнологических опросников.

После каждого из курсов лечения испытуемые проходили 2-недельный период так называемой отмывки, когда не использовался ни один из методов лечения, что давало возможность оценить стабильность терапевтического эффекта.

Заполнение опросников осуществлялось до и после каждого из курсов лечения, а также после двухнедельной отмывки. Таким образом, общая продолжительность участия в исследовании составляла 8 нед, для каждого из пациентов предполагалось осуществление 6 визитов, в которые входили ПСГ, 2 индивидуальных занятия с врачом и 5 заполнений опросников.

Из 42 пациентов, подписавших согласие на участие в исследовании, 1 больной выбыл после проведения ПСГ в связи с выявлением синдрома периодических движений конечностей, 3 — на этапе лекарственного лечения в связи с непереносимостью зопиклона: в связи с аллергической реакцией (пациент из 1-й группы), из-за непереносимости побочных эффектов зопиклона — горького вкуса во рту (2-я группа), в связи с обострением хронического заболевания (2-я группа). Остальные больные хорошо перенесли оба курса лечения и не отмечали ухудшения сна или самочувствия в целом. Весь курс лечения прошли 38 пациентов (13 мужчин и 25 женщин), после чего 9 выбыли из исследования в связи с необходимостью назначения более эффективного метода лечения нарушений сна. Остальные 29 пациентов прошли двухнедельный период наблюдения после 2-го этапа лечения **(рис. 1)**.

Моделью структурированной образовательной методики КПТ-И стал сокращенный курс поведенческой терапии (BBT-I), эффективность которого была подтверждена в исследовании D. Buysse и соавт. [12].

Методика КПТ-И осуществлялась в форме двух индивидуальных сессий продолжительностью 1 ч 1 раз в неделю. Методика включала в себя опрос о проблемах сна больного, беседу о механизмах регуляции сна, причинах развития и хронификации инсомнии и распространенных стратегиях поведения при ней; обсуждение дневников сна, заполняемых пациентом; обсуждение методики ограничения времени нахождения в постели и установление индивидуального режима; обсуждение способов контроля внешней стимуляции; обсуждение правил гигиены сна; выдача памятки, включающей упомянутые принципы; обсуждение релаксационных методик. В качестве релаксационной методики пациентам предоставлялась авторская обучающая запись А.А. Табидзе «Сеанс релаксации и отдыха при бессоннице» (Научный центр «Психотерапевтическая педагогика» Минобрнауки РФ). Аудиозапись представляет собой вариант обучения методам аутогенной тренировки, ее длительность составляет 32 мин. Пациентам предлагалось ежедневное однократное прослушивание аудиозаписи в наушниках после укладывания в постель и выключения света.

До начала лечения всем больным проводилось ПСГ во время ночного сна в условиях палаты стационара (без адаптационной ночи) с целью исключения других расстройств сна которые могут влиять на его субъективное ощущение, такие как расстройства дыхания и движений во сне. С этой целью проводилась регистрация 6-канальной электроэнцефалограммы в монополярных отведениях Fp_1A_2, Fp_2A_1, C_3A_2, C_4A_1, O_1A_2, O_2A_1, двух каналов электроокулограммы, 1-го канала электромиограммы (ЭМГ) подбородочных мышц, двух каналов ЭМГ передних большеберцовых мышц с двух сторон, электрокардиограммы, показателей дыхания во сне с записью ороназального потока воздуха, дыхательных движений грудной и брюшной стенок, шума дыхания, уровня насыщения крови кислородом (сатурации), положения тела в постели с параллельным видеомониторированием. Расшифровка данных проводилась согласно критериям Американской академии медицины сна 2007 г. [13] с добавлениями от 2012 г. [14].

В рамках первого визита проводилось структурированное клиническое интервью, затем пациенты самостоятельно заполняли опросники: шкалу депрессии Бека [15], шкалу тревоги Спилбергера [16], Торонтскую алекситимическую шкалу, краткая версия (TAS-20) [17], пятифакторный опросник личности (BFQ-2R) [18], индекс тяжести инсомнии (ИТИ) [19], опросник по качеству сна Питтсбургского университета, известный как Питтсбургский индекс качества сна (ПИКС) [20], индекс гигиены сна (ИГС) [21], шкалу дисфункциональных убеждений в отношении сна (ШДУС) [22].

В течение последующих четырех визитов пациенты каждый раз заполняли шкалу депрессии Бека, шкалу тревоги Спилбергера, ИТИ, ПИКС, ИГС, ШДУС.

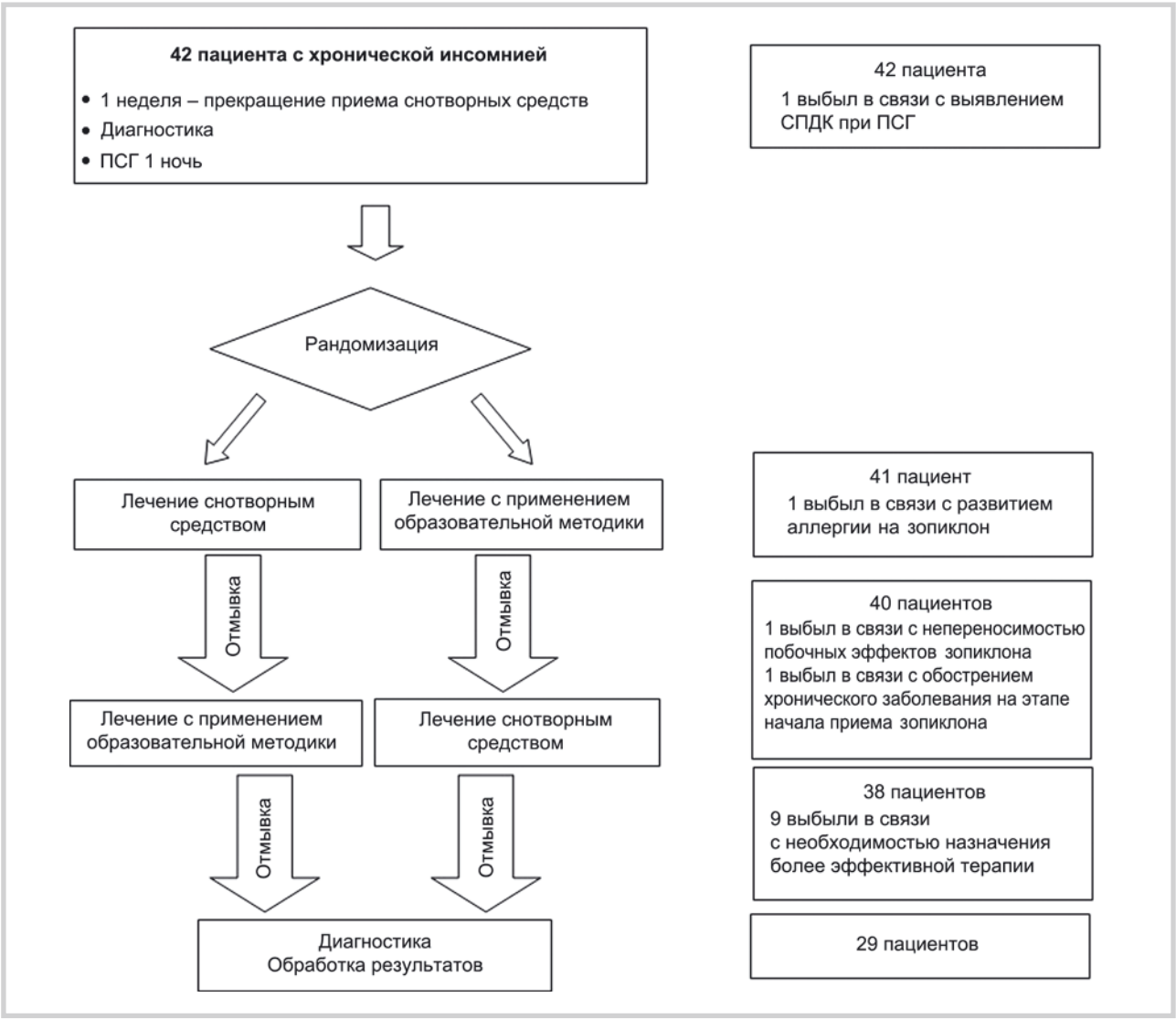

Рис. 1. **Схема обследования и формирования потока пациентов.**

Также на протяжении всего периода исследования пациенты ежедневно вели дневник сна, в котором они указывали следующие показатели: время укладывания, время подъема, примерное время засыпания, количество и примерную продолжительность ночных пробуждений.

Статистическая обработка. Формирование статистической матрицы и обработку данных осуществляли при помощи программы Statistica 7.0. Эффективность лечения инсомнии в соответствии с протоколом (PP) определяли для всех пациентов, удовлетворявших критериям включения и исключения, которые прошли хотя бы один курс лечения и два комплекса диагностических процедур до и после лечения.

Описательные данные по каждому пациенту представлены в виде среднего и стандартного отклонения для непрерывных переменных. Для качественных и ранговых значений данные представлялись в виде процентных отношений.

Определение достоверности различий непрерывных переменных как в независимых выборках, так и при повторных измерениях производилось с использованием *t*-критерия Стьюдента после проверки нормальности распределения по методу Колмогорова—Смирнова.

За критерии эффективности терапии принималось: снижение показателя ИТИ на 50% или на 8 баллов и более в сравнении с показателем перед началом лечения и/или снижение показателя ПИКС более чем на 3 балла в сравнении с показателем перед началом лечения. Критерий ремиссии расценивался как достижение показателя ИТИ 7 баллов и менее и/или достижение показателя ПИКС 5 баллов и менее. Эти критерии были использованы в работах D. Buysse и соавт. и C. Morin и соавт. [12, 23].

Отсутствие ответа на лечение фиксировалось при снижении показателя ИТИ менее чем на 50% или на 8 баллов в сравнении с показателем перед началом лечения или снижение показателя ПИКС менее чем на 3 балла в сравнении с показателем перед началом лечения. В зависимости от ответа на каждый из методов лечения пациенты были разделены на респондеров и нонреспондеров, фоновые характеристики сравнивались по количественным признакам с применением *t*-критерия Стьюдента (при нормальном распределении признака) или *U*-критерия Манна—Уитни (в случае распределения, отличающегося от нормального). Анализ оценки пациентами эффективности предложенных методов лечения проводился с использованием таблиц сопряженности 2×2 и критерия χ^2 Пирсона. При количестве наблюдений в одной из ячеек таблицы сопряженности ниже 5 достоверность различий оценивалась с применением точного критерия Фишера. Критический уровень значимости (p) для проверки статистических гипотез составлял менее 0,05.

Результаты

Оценка эффективности КПТ-И по опросникам качества сна показала достоверное снижение ИТИ сразу после лечения с 17,7±5,3 до 12,8±5,1 балла (p<0,05) и достоверное снижение ПИКС с 13,3±3,7 до 10,6±4,5 балла (p<0,05) **(рис. 2)**. При этом низкий уровень ИТИ сохранялся и после двухнедельного периода отмывки и составил 12,9±6,2 (p<0,05) балла. Эффективность КПТ-И в отношении поддерживающих факторов инсомнии проявлялась достоверным снижением показателя шкалы ИГС с 26,9±7,5 до 23,9±5,7 балла (p<0,05) и достоверным снижением показателя ШДУС с 104,9±29,7 до 84,4±34,2 балла (p<0,05). Анализ влияния на показатели эмоционального состояния показал достоверное снижение значений по шкале депрессии Бека с 11,8±7,0 до 8,5±7,0 балла (p<0,05); однако снижение показателей по шкалам ситуативной и личностной тревоги Спилбергера было недостоверным (с 45,3±8,9 до 43,8±8,7 балла и с 48,9±7,0 до 48,2±8,3 балла соответственно). По ответу на КПТ-И респондерами были 19 пациентов. Побочных эффектов терапии не зафиксировали.

Эффект терапии препаратом зопиклон проявлялся в виде достоверного снижения ИТИ сразу после лечения с 16,5±5,8 до 12,9±6,2 балла (p<0,05), однако за время отмывки этот индекс вновь увеличился до 15,5±4,6 балла (различия между показателями в фоне и после отмывки недостоверны). Изменения по остальным шкалам также оказались недостоверными: показатель ПИКС уменьшился с 12,1±4,1 до 11,7±4,1 балла, значение ШДУС увеличилось с 94,0±34,0 до 98,2±35,2 балла, ИГС — с 25,4±5,8 до 25,5±7,0 балла, по шкалам ситуативной и личностной тревоги Спилбергера — с 43,1±8,8 до 44,5±9,3 балла и с 48,3±8,1 до 48,3±8,8 балла соответственно), по шкале депрессии Бека — с 9,5±7,3 до 9,6±8,1 балла респондерами оказались 8 пациентов. Было выявлено 2 случая непереносимости зопиклона, связанных с аллергической реакцией на препарат и с выраженным ощущением горечи во рту после приема лекарства.

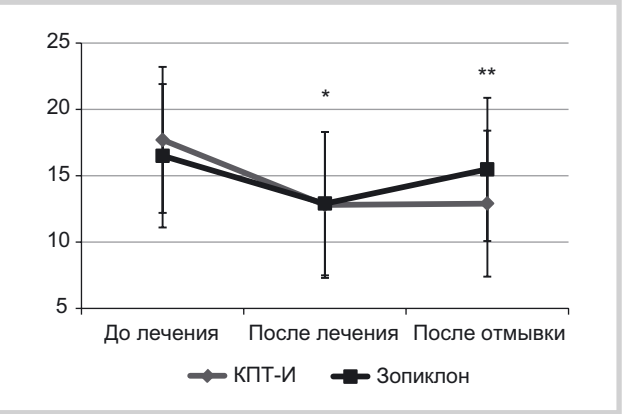

Рис.2. **Динамика результатов ИТИ на фоне лечения КПТ-И и зопиклоном и через 2 нед после окончания курса лечения (p<0,05).**
* — достоверность отличий значений в фоне и в конце лечения, p<0,05;
** — достоверность отличий значений в фоне и после отмывки, p<0,05.

Эффективность методов терапии также оценивалась по относительному изменению среднего показателя опросников качества сна. На фоне КПТ-И выраженность инсомнии по ИТИ уменьшилась на 22%, по ПИКС — на 19%. На фоне приема зопиклона выраженность инсомнии по ИТИ уменьшилась на 20%, по ПИКС — на 2% **(рис. 3)**.

Оба метода показали сравнительно невысокую эффективность, поскольку указанный в критериях показатель (снижение ИТИ на 8 баллов и/или ПИКС на 3 балла) на этапе применения КПТ-И был достигнут лишь у 19 пациентов, а на этапе лечения зопиклоном — у 8 пациентов из 38 (50 и 21% соответственно, df=1; χ^2=6,95; p=0,084).

При анализе ПСГ респондеров и нонреспондеров такие показатели, как индекс эффективности сна, латентность сна, время бодрствования в течение ночи, количество пробуждений в течение ночи, доля 1—3-й стадий фазы медленного сна, доля фазы быстрого сна, продолжительность сна, достоверно не отличались, за исключением представленности 1-й стадии медленного сна в каждой из групп **(см. таблицу)**.

Анализ антропометрических характеристик и результатов фонового анкетирования также не выявил значимой разницы между респондерами и нонреспондерами на КПТ-И и зопиклон, за исключением показателей среднего возраста в группах 40,5±12,9 и 57,2±11,7 года соответственно (p<0,05).

Средний балл по шкале депрессии Бека у респондеров на КПТ-И составил 11,8±5,1 балла, нон-

Сравнение результатов ПСГ респондеров и нонреспондеров

Показатель	Метод лечения					
	КПТ-И			зопиклон		
	респондеры	нонреспондеры	*p*	респондеры	нонреспондеры	*p*
Число пациентов, *n*	19	19		8	30	
Индекс эффективности сна, %	65,7±18,8	63,5±17,6	0,78	71,4±10,6	62,8±19,6	0,1
Латентность сна, мин	41,1±33,3	44,4±29,4	0,60	48,7 ±30,4	41,7±31,8	0,97
Бодрствование во время сна, мин	105,8±70,4	101,6±76,3	0,75	71,4±40,9	111,7±78,8	0,07
Количество пробуждений	14,8±6,7	12,5±6,3	0,79	15,9±5,7	12,9±6,8	0,66
Стадия ФМС, %:						
1-я	4,6±4,3	3,4±1,9	0,001	3,4±1,6,	4,1±3,6	0,03
2-я	60,1±8,1	65,7±8,9	0,43	64,4±6,1	62,2±10,1	0,18
3-я	19,4±8,2,	15,4±7,3	0,59	13,5±5,0	18,6±8,3	0,17
ФБС, %	16,2±6,2	15,0±7,7	0,42	18,6±6,7	14,7±7,0	0,96
Продолжительность сна, ч	5,6±1,7	5,7±1,6	0,92	5.6±1,1	5,7±1,8	0,22

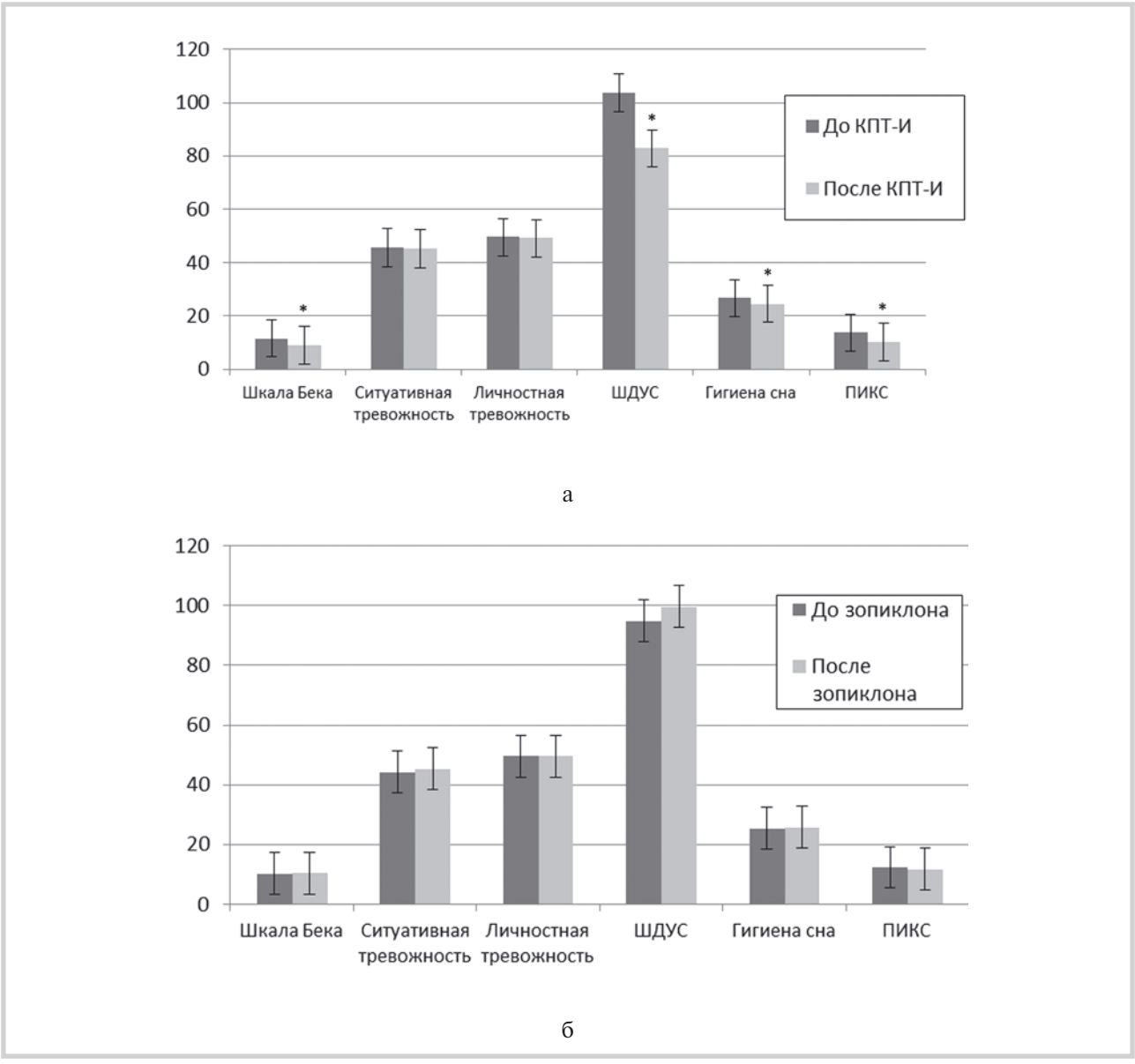

Рис. 3. **Динамика результатов анкетирования на фоне лечения КПТ-И и зопиклоном.**

* — достоверность отличий значений в фоне и в конце лечения, $p<0,05$.

респондеров на КПТ-И — 13,0±7,4 балла, респондеров на зопиклон — 11,7±7,1 балла, нонреспондеров на зопиклон — 12,0±6,0 балла.

Средний балл по шкале ситуативной тревожности Спилбергера у респондеров на КПТ-И составил 45,8±9,2 балла, нонреспондеров на КПТ-И — 44,4±6,3 балла, респондеров на зопиклон — 41,7±7,6 балла, нонреспондеров на зопиклон — 45,9±8,0 баллов.

Средний балл по шкале личностной тревожности Спилбергера у респондеров на КПТ-И составил 49,7±6,4 балла, нонреспондеров на КПТ-И — 48,1±9,0 балла, респондеров на зопиклон — 47,3±9,2 балла, нонреспондеров на зопиклон — 49,7±7,4 балла.

Средний балл по Торонтской шкале алекситимии у респондеров на КПТ-И составил 47,4±13,2 балла, нонреспондеров на КПТ-И — 50,5±12,5 балла, респондеров на зопиклон — 43,9±6,9 балла, нонреспондеров на зопиклон — 50,3±14,1 балла.

Средний балл по ШДУС у респондеров на КПТ-И составил 108,2±24,9 балла, нонреспондеров КПТ-И — 103,7±29,8 балла, респондеров на зопиклон — 101,4±35,0 баллов, нонреспондеров на зопиклон — 107,1±26,1 балла.

ИГС у респондеров на КПТ-И составил 29,6±5,8, у нонреспондеров КПТ-И — 26,3±6,6, у респондеров на зопиклон — 25,0±3,5, у нонреспондеров на зопиклон — 28,8±7,0.

ПИКС у респондеров на КПТ-И составил 13,7±3,4, у нонреспондеров на КПТ-И — 14,1±3,1, у респондеров на зопиклон — 13,1±2,8, у нонреспондеров на зопиклон — 14,1±3,2.

ИТИ у респондеров на КПТ-И составил 19,3±4,3, у нонреспондеров на КПТ-И — 17,9±5,0, у респондеров на зопиклон — 15,5±5,3, у нонреспондеров на зопиклон — 19,3±4,2

Для всех пациентов, прошедших полный курс терапии, проводился анализ эффективности методов лечения в зависимости от последовательности их предъявления. При проведении КПТ-И в первую очередь (2-я группа) число респондеров составило 13 из 21, при применении этого метода во вторую очередь (1-я группа) число респондеров составило 6 из 17 (различия недостоверны). Для зопиклона, назначаемого в первую очередь (1-я группа), число респондеров составило 4 из 17, во вторую очередь (2-я группа) — 4 из 19 (различия недостоверны). Эти результаты свидетельствуют об отсутствии зависимости эффективности терапии от порядка использования методов лечения.

Обсуждение

Полученные в ходе исследования данные подтверждают высокую эффективность КПТ-И при лечении хронической инсомнии. В отечественном клиническом исследовании это было продемонстрировано впервые, в то время как существует большой массив данных зарубежных исследований, подтверждающих этот факт. Так, в исследовании C. Morin [23] было показано, что применение КПТ-И понижало средний показатель ИТИ с 17,3 до 9 баллов, в работе M. Sato и соавт. [24] средний показатель ПИКС снизился с 12,7 до 8,9 балла. В зарубежных клинических рекомендациях по лечению хронической инсомнии метод КПТ-И получил наивысшие рейтинги доказательности и клинической эффективности — IA [5].

Результаты исследования подтвердили, что КПТ-И в долговременной перспективе является более эффективным методом лечения хронической инсомнии, чем курсовой прием зопиклона, что соответствует данным, полученным Y. Ma и соавт. [25].

Также E. Mason и соавт. [26] отмечали, что важным отличием КПТ-И от лекарственной терапии является ее влияние на поддерживающие факторы инсомнии и на сопутствующие нарушения в эмоциональной сфере. Настоящее исследование также показало, что уровень депрессивных проявлений снижается после курса КПТ-И в отличие от курса терапии зопиклоном.

Анализ антропометрических, полисомнографических и психометрических характеристик участников позволил выделить в качестве предиктора эффективности терапии только молодой возраст испытуемых. Этот результат обесценивает ПСГ в течение одной ночи в качестве диагностического инструмента при хронической инсомнии, в то время как W. Troxel и соавт. [27] показали, что по данным ПСГ в течение 3 последовательных ночей в домашних условиях более продолжительное общее время сна оказывается ассоциированным с лучшим ответом на КПТ-И. Вероятно, выявленный отрицательный результат обусловлен тем, что одной ночи может быть недостаточно для оценки паттерна сна при хронической инсомнии.

Относительно невысокую эффективность КПТ-И можно объяснить тем, что курс лечения был очень коротким, а сама методика не была стандартизована. Двухнедельный период наблюдения после завершения курса лечения также является недостаточным для оценки сохранения эффекта терапии, в связи с чем планируется дальнейшее наблюдение и анкетирование участников исследования.

Эффективность лечения хронической инсомнии методами КПТ-И в отношении качества сна сопоставима с терапией препаратом зопиклон, а в отдаленном периоде превышает ее. Применение КПТ-И сопровождается улучшением показателей эмоционального состояния пациентов (уровня депрессии), улучшением соблюдения правил гигиены сна и изменением дисфункциональных представлений о сне. Более молодой возраст больных ассоции-

рован с более высокой эффективностью КПТ-И. Объективные характеристики сна больных инсомнией не могут служить предикторами эффективности КПТ-И или фармакотерапии.

Лечение хронической инсомнии методом КПТ столь же эффективно, как и фармакотерапия, при том что ее применение сопровождается дополнительным улучшением эмоционального состояния, а эффект сохраняется дольше.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. *Сомнология и медицина сна*. Национальное руководство памяти А.М. Вейна и Я.И. Левина. Под ред. Полуэктова М.Г. М.: Медфорум; 2016. [*Somnologiya i meditsina sna*. Natsional'noe rukovodstvo pamyati A.M. Veina i Ya.I. Levina. Pod red. Poluektova M.G. M.: Medforum; 2016. (In Russ.)].
2. Vgontzas A, Liao D, Bixler E, Vela-bueno A, Chrousos GP. Insomnia with Objective Short Sleep Duration is Associated with a High Risk for Hypertension. *Sleep*. 2009;32(4):491-497.
3. Sofi F, Cesari F, Casini A. Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*. 2014;21(1):57-64. https://doi.org/10.1177/2047487312460020
4. Meng L, Zheng Y, Hui R. The relationship of sleep duration and insomnia to risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Hypertension Research*. 2013;36:985-995. https://doi.org/10.1038/hr.2013.70
5. Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Insomnia in Adults. *Journal of clinical sleep medicine*. 2008;(5):487-504.
6. Pagel JF, Parnes BL. Medications for the treatment of sleep disorders: an overview. *Journal of clinical psychiatry*. 2001;3:118-125. https://doi.org/10.4088/pcc.v03n0303
7. Ma Y, Dong G, Mita C, Sun S, Peng CK, Yang AC. Publication analysis on insomnia: how much has been done in the past two decades? *Sleep Medicine*. 2015;16:820-826. https://doi.org//10.1016/j.sleep.2014.12.028
8. Слесарев О.В., Трунин Д.А., Байриков И.М. Когнитивно-поведенческая терапия височно-нижнечелюстных расстройств, осложненных хронической болью: задачи, перспективы и ограничения. *Российский стоматологический журнал*. 2016;20(4):209-214. [Slesarev OV, Trunon DA, Bayrikov IM. Cognitive-behavioral therapy for temporomandibular disorder complicated by chronic pain: challenges, prospects and limitations. *Rossiiskii stomatologicheskii zhurnal*. 2016;20(4):209-214. (In Russ.)]. https://doi.org/10.18821/1728-2802
9. Суслова Е.Ю., Парфенов В.А. Комплексный подход к лечению пациентов с хронической люмбалгией. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2015;115(10-2):16-21. [Suslova EYu, Parfenov VA. A complex approach to the treatment of patients with chronic lumbalgia. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova*. 2015;115(10-2):16-21. (In Russ.)].
10. Струева Н.В., Мельниченко Г.А., Полуэктов М.Г., Савельева Л.В. Эффективность лечения ожирения у больных с инсомнией и синдромом обструктивного апноэ сна. *Ожирение и метаболизм*. 2016;13(2):26-32. [Strueva NV, Melnichenko GA, Poluektov MG, Savelyeva L.V. The efficiency of obesity treatment in patients with insomnia and obstructive sleep apnea syndrome. *Ozhirenie i metabolizm*. 2016;13(2):26-32. (In Russ.)]. https://doi.org/10.14341/OMET2016226-32
11. *The International classification of sleep disorders [Diagnostic and coding manual]*. American Academy of Sleep Medicine. U.S.A.: Darien: American Academy of Sleep Medicine. 2014. https://doi.org/10.7326/0003-4819-115-5-413_1
12. Buysse DJ, Germain A, Moul DE, Franzen P, Brar LK, Fletcher ME, Begley A, Houck PR, Mazumdar S, Reynolds III CF, Monk TH. Efficacy of Brief Behavioral Treatment for Chronic Insomnia in Older Adults. *Arch Intern Med*. 2011;171(10):887-889. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2010.535
13. Iber C, Ancoli-Israel S, Chesson AL, Jr, Quan S.F. *The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology, and Technical Specifications*. 1st ed. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2007:59. https://doi.org/10.1007/978-3-7985-1852-0_7
14. Berry RB, Budhiraja R, Gottlieb DJ, Iber C, Kapur VK, Marcus CL, Mehra R, Parthasarath S, Quan SF, Redline S, Strohl KP, Davidson Ward SL, Tangredi MM. Rules for scoring respiratory events in sleep: update of the 2007 AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Deliberations of the Sleep Apnea Definitions Task Force of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2012;8:597-619. https://doi.org/10.5664/jcsm.2172
15. Beck AT, Steer RA, Brown G. Beck Depression Inventory-II. *PsycTESTS Dataset*. Available at: http:/dx.doi.org/10.1037/t00742-000
16. *Исследование тревожности (Ч.Д. Спилбергер, адаптация Ю.Л. Ханин)*. Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. Дерманова И.Б. СПб. 2002. [*Issledovanie trevozhnosti (Ch.D. Spilberger, adaptatsiya Yu.L. Khanin)*. Diagnostika emotsional'no-nravstvennogo razvitiya. Red. i sost. Dermanova I.B. SPb; 2002. (In Russ.)].
17. Старостина Е.Г., Тэйлор Г.Д., Квилти Л.К., Бобров А.Е., Мошняга Е.Н., Пузырева Н.В., Боброва М.А., Ивашкина М. Г., Кривчикова М.Н., Шаврикова Е.П., Бэгби Р.М. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;4(20):31-38. [Starostina EG, Taylor GD, Quilty L, Bobrov AE, Moshnyaga EN, Puzyreva NV, Bobrova MA, Ivashkina MG, Krivchikova MN, Shavrikova EP, Bjegbi RM. A New 20-item version of the Toronto alexithymia scale: validation of the russian language translation in a sample of medical patients. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya* 2010;4(20):31-38. (In Russ.)].
18. *Пятифакторный опросник личности. Учебно-методическое пособие*. Хромов А.Б. Курган: Изд-во Курганского гос. университета; 2000. [*Pyatifaktornyi oprosnik lichnosti. Uchebno-metodicheskoe posobie*. Khromov A.B. Kurgan: Izd-vo Kurganskogo gos. universiteta; 2000. (In Russ.)].
19. Morin C, Belleville G, Belanger L. The ISI: Psychometric Indicators to detect Insomnia Cases and Evaluate Treatment Response. *Sleep*. 2011;34(5):601-608.
20. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice. *Psychiatry Res*. 1989;28:193-213. https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4
21. Mastin DF, Bryson J, Corwyn R. Assessment of sleep hygiene using the Sleep Hygiene Index. *Journal of behavioral medicine*. 2006;29(3):223-227. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9047-6
22. Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. *Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна. Учебно-методическое пособие*. М.: Изд-во МГУ; 2007. [Tkhostov ASh, Rasskazova EI. *Shkala disfunktsional'nykh ubezhdenii v otnoshenii sna. Uchebno-metodicheskoe posobie*. M.: Izd-vo MGU; 2007. (In Russ.)].
23. Morin C, Vallieres A, Guay B, Ivers H, Savard J, Merette C, Bastien C, Baillargeon L. Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia. *JAMA*. 2009;301:2005-2015. https://doi.org/10.1001/jama.2009.682
24. Sato M, Yamadera W, Matsushima M, Itoh H, Nakayama K. Clinical efficacy of individual cognitive behavior therapy for psychophysiological insomnia in 20 outpatients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2010;64:187-195. https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2009.02060.x
25. Ma Y, Dong M, Mita C, Sun S, Peng C-K, Yang AC. Publication analysis on insomnia: how much has been done in the past two decades? *Sleep Medicine*.2015;16:820-826. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2014.12.028
26. Mason EC, Harvey AG. Insomnia before and after treatment for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2014;168:415-421. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.07.020
27. Troxel WM, Conrad TS, Germain A, Buysse JD. Predictors of Treatment Response to Brief Behavioral Treatment of Insomnia (BBTI) in Older Adults. *J Clin Sleep Med*. 2013;9(12):1281-1289. https://doi.org/10.5664/jcsm.3270