
ЛЕКЦИЯ

УДК 616.8-07

НАРУШЕНИЯ СНА В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О. В. Курушина, А. Е. Барулин, Я. Х. Бабушкин, Е. А. Куракова

Волгоградский государственный медицинский университет

В лекции приводятся современные подходы к классификации, диагностике и лечению нарушений сна в общесоматической практике.

Ключевые слова: сон, инсомния, лечение.

SLEEP DISORDERS IN GENERAL PRACTICE

O. V. Kurushina, A. E. Barulin, Y. H. Babushkin, E. A. Kurukova

The lecture covers contemporary methods of classification, diagnostics and treatment of sleep disorders in general practice.

Key words: sleep, insomnia, treatment.

Сон — это сложное психофизиологическое состояние, непосредственно определяющее психическую и биологическую активность человека. Несмотря на признание различий в определениях всех функциональных характеристик, а в особенности, нормальной продолжительности сна для человека, большинство авторов единодушны в том, что он является абсолютно необходимой жизненной потребностью человека. Более того, депривация сна является одним из самых мощных триггеров для стимуляции аномальной активности головного мозга. Во сне выявляется максимальная концентрация соматотропного гормона, происходит пополнение количества клеточных белков и рибонуклеиновых кислот, осуществляется оптимизация управления внутренними органами, глубокое мышечное расслабление, переработка информации, полученной в предшествующем бодрствовании, и создается программа поведения на будущее.

В Международной классификации расстройств сна 2005 г. выделяют 6 категорий нарушений сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства циркадианного ритма сна, парасомнии и расстройства движений во сне. Наиболее распространенными в популяции и клинически значимыми из них являются инсомнии и расстройства дыхания во сне.

Инсомния — это определение, заменившее семантически неточный термин «бессонница». Согласно той же Международной классификации (2005) к инсомниям относят повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и проявляющиеся

нарушениями дневной деятельности различного вида. В данном определении существенным является отражение хронического или, как минимум, повторяющегося характера процесса, возможность разнообразных форм нарушения сна даже у одного пациента, что, в конечном итоге, выражается в патологии процесса бодрствования. Кроме того, указание на наличие достаточных условий для сна позволяет исключить осознанные нарушения режима дня у работающих в вечернее и ночное время, или невозможность заснуть, обусловленную внешними факторами (шум, световые эффекты).

Эпидемиология. Проблема инсомний чрезвычайно актуальна, что обусловлено широкой распространенностью их проявлений в общей популяции. Но, необходимо отметить тот факт, что данные о распространенности инсомнических нарушений колеблются в достаточно широком диапазоне. В большинстве случаев это зависит от выбранного метода выявления нарушений сна. По данным субъективного опроса до 35 % населения развитых стран отмечает неудовлетворенность ночным сном. В то же время при использовании строгих критериев американской психиатрической классификации DSM-IV минимальная распространенность инсомнии составляет 6—8 %.

Больше подвержены развитию инсомнии определенные категории лиц: лица старшего возраста, женщины, люди с наличием коморбидных заболеваний и состояний (соматической, психической или неврологической патологии, склонности к злоупотреблению), работающие по сменному графику, неработающие и люди с низким социоэкономическим статусом. Выше всего вероятность наличия нарушения сна у лиц с коморбидны-

ми расстройствами, психическими заболеваниями или хроническими болевыми синдромами — от 50 до 75 %.

Инсомнические расстройства утяжеляют течение многих психосоматических и нервно-психических расстройств, приводят к развитию пограничной патологии. Нарушение сна часто служит основной причиной обращения за медицинской помощью. Инсомния снижает переносимость стрессовых ситуаций и иммунитет, способствует развитию психических (депрессия, психоз и др.) и сердечно-сосудистых заболеваний, ускоряет процессы старения. Среди последствий инсомнии выделяют социальные и медицинские. Первые имеют большое значение, прежде всего, из-за дневной сонливости, которая развивается вследствие того, что сон не выполняет восстановительной функции. Это касается в первую очередь управления транспортными средствами в состоянии сонливости. Медицинские последствия инсомнии активно изучаются в настоящее время, как отечественными, так и зарубежными учеными. Однако отсутствие работ по инициальным сомнологическим проявлениям препятствует разработке клинических критериев ранней диагностики и профилактики этих нарушений. Это приводит к затяжному течению и хронизации инсомний.

Классификация. Существует множество классификаций инсомний, на основании целого ряда критериев. Для клинической практики наиболее полезными являются попытки разделить нарушения сна на основании их происхождения, клинических проявлений и длительности течения.

Основное клиническое деление, обуславливающее дальнейшие диагностические мероприятия и тактику лечения, проводит границу между первичными формами (идиопатическими или вызванными личностными психофизиологическими особенностями) и вторичными инсомниями (при наличии психиатрических, неврологических или соматических заболеваний, приеме психоактивных веществ и препаратов).

Классификация инсомний по клинико-этиологическому принципу (ICSD-2):

- адаптационная;
- психофизиологическая;
- связанная с расстройством психической сферы;
- обусловленная неадекватной гигиеной сна;
- вызванная приемом лекарств или других веществ;
- парадоксальная;
- поведенческая детского возраста;
- развивающаяся на фоне соматической патологии.

Наиболее частой причиной нарушений сна является так называемая адаптационная инсомния, возникающая на фоне острого стресса, конфликта или изменения окружения. Следствием этого является повышение общей активности нервной системы, затрудняющее вхождение в сон при вечернем засыпании или ночных пробуждениях. При этой форме нарушения сна можно с большой уверенностью определить вызвавшую его причину, длится адаптационная инсомния не более 3 мес.

Если нарушения сна сохраняются более длительное время, они «обрастают» психологическими нарушениями, наиболее характерным из которых является формирование «боязни сна». При этом активация нервной системы нарастает в вечерние часы, когда пациент пытается «заставить» себя скорее уснуть, что приводит к усугублению нарушений сна и усилению беспокойства на следующий вечер. Такая форма нарушения сна называется психофизиологической инсомнией.

Особой формой инсомнии является псевдоинсомния или агнозия сна, при которой пациент утверждает, что «совершенно не спит», однако при проведении исследования, объективизирующего картину сна, подтверждается наличие 6,5 ч сна и более. Основными симптомообразующими факторами при этом являются нарушение восприятия собственного сна, связанное, прежде всего, с особенностями ощущения времени ночью (периоды бодрствования тогда хорошо запоминаются, а периоды сна, наоборот, амнезируются), и фиксация на проблемах собственного здоровья, вызванных нарушением сна.

Инсомния может развиваться на фоне неадекватной гигиены сна, то есть особенностей жизни, которые приводят к повышению активации нервной системы в периоды, предшествующие отходу ко сну. Это могут быть употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время или же деятельность, препятствующая началу и протеканию сна (укладывание в разное время суток, использование яркого света в спальне, неудобная для сна обстановка).

На эту форму нарушения сна похожа поведенческая инсомния детского возраста, при которой у детей формируются неправильные ассоциации, связанные со сном (например, потребность засыпать только при укачивании), а при попытке их скорректировать отмечается активное сопротивление ребенка, приводящее к сокращению времени сна.

Из так называемых вторичных нарушений сна наиболее часто встречается инсомния при расстройствах психической сферы. До 70 % больных неврозами имеют нарушения инициации и поддержания сна. Нередко нарушение сна выступает главной «симптомообразующей» причиной, из-за которой, по мнению пациента, и развиваются многочисленные жалобы (головная боль, усталость, ухудшение зрения и т. д.), повышается тревожность и ограничивается социальная активность. До сих пор активно дискутируется роль инсомнии в формировании жалоб при соматических заболеваниях, таких как артериальная гипертензия, сахарный диабет, ревматоидный артрит, острое нарушение мозгового кровообращения. Расстройства сна на фоне хронической соматической патологии могут возникать на фоне респираторных заболеваний (синдром обструктивного апноэ — состояния остановки дыхания с предшествующим периодом храпа, чаще выявляемого у тучных мужчин второй половины жизни), хронических болевых синдромов, кожных заболеваний,

протекающих с зудом, синдрома «беспокойных ног» и другой соматической патологией.

Особой формой инсомний являются нарушения сна, обусловленные расстройством биологических ритмов организма. При этом «внутренние часы», дающие сигнал к наступлению сна, либо запаздывают, и подготовка ко сну происходит слишком поздно (например, в 3—4 часа ночи), либо спешат, и она наступает слишком рано, еще вечером. Соответственно, нарушается или засыпание, когда человек безуспешно пытается заснуть в социально приемлемое время, или утреннее пробуждение, наступающее слишком рано по пояскому времени, но в «правильное» время по внутренним часам. Все более распространенным является так называемый джет-лаг синдром, развивающийся при быстром перемещении через несколько временных зон в том или ином направлении.

Нарушения сна по типу инсомнии могут возникать и при приеме антидепрессантов (ингибиторов обратного захвата серотонина и ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина), психостимулянтов (кофеина, препаратов эфедры), деконгестантов (псевдоэфедрина, фенилэфрина), бета-блокаторов, агонистов и антагонистов альфа-рецепторов, диуретиков, гипотипидемических средств, бронходилататоров (теофиллина, альбутерола). Не следует забывать о возможности развития нарушений сна при хроническом приеме даже небольших доз алкоголя.

Еще одной важной для определения дальнейшей терапевтической стратегии классификацией инсомнических расстройств является деление на три типа по длительности течения:

- Транзиторные (острые) инсомнии (длительность до 1 недели).
- Кратковременные (подострые) инсомнии (длительность от 1 до 6 месяцев).
- Хронические инсомнии (длительность от 6 месяцев и более).

Клиническая феноменология инсомнии включает пресомнические расстройства (трудности начала сна), интрасомнические (трудности во время сна) и постсомнические расстройства (возникающие вскоре после пробуждения).

Для диагностики нарушений сна используются в равной мере клинические и инструментальные методы. Стандартом диагностики нарушений сна является полисомнографическое исследование, то есть длительная регистрация во время сна показателей электроэнцефалограммы, электроокулограммы, электромиограммы, ЭКГ или частоты пульса, назофарингеального потока (движения воздуха через носовую и ротовую полости), насыщения гемоглобина крови кислородом (сатурации) и некоторых других показателей. Основным ограничением применения данного метода является сложность выполнения и высокая стоимость процедуры, поэтому, как правило, полисомнография не используется в качестве рутинного обследования. В качестве

повседневной диагностической процедуры применяется клиническое определение хронофизиологических, социальных, психоэмоциональных, профессиональных особенностей пациента, с тщательным сбором лекарственного анамнеза. Для оценки качества сна, помимо анкет, рекомендовано использование опросников на наличие синдрома апноэ во сне и дневной сонливости. Наличие жалоб на длительные нарушения сна свидетельствуют о необходимости выявления возможных тревожно-депрессивных расстройств.

Лечение нарушений сна. Выбор тактики лечения, как правило связан с видом инсомнического расстройства. Транзиторные инсомнии как правило требуют лишь нелекарственных мероприятий или отмечаются лишь ретроспективно. Лечение кратковременных инсомний начинают с немедикаментозных методов. При их неэффективности возможно применение фармакологических методов. При диагнозе хронической инсомнии лечение начинают с фармакологических методов, с привлечением специалистов других профилей (психиатров, психотерапевтов, кардиологов, ревматологов и т. д.). При этом фармакотерапия хронической инсомнии не исключает применения нелекарственных методов, напротив, комплексное лечение дает наиболее выраженный клинический эффект.

Нелекарственные методы: соблюдение гигиены сна, психотерапия, фототерапия, энцефалофония, иглорефлексотерапия, биологическая обратная связь, физиотерапия (гидротерапия, аэроионотерапия, электротерапия, климатотерапия, приборы, регулирующие ритм дыхания, создающие приятный шум («морского прибоя»), тепловое воздействие на область носа), лечебная физкультура, ароматерапия.

Особое внимание необходимо уделить гигиене сна. Зачастую применение достаточно простых рекомендаций позволяет достичь желаемого клинического эффекта. Правила гигиены сна, которые должен знать каждый пациент, предъявляющий жалобы на нарушения сна:

- Ложиться спать и вставать в одно и то же время.
- Исключить дневной сон, особенно во второй половине дня.
- Не употреблять на ночь чай и кофе.
- Уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку, особенно в вечернее время.
- Организовать физическую нагрузку в вечернее время, но не позднее, чем за 3 часа до сна.
- Регулярно использовать водные процедуры перед сном — прохладный душ (небольшое охлаждение тела является одним из элементов физиологии засыпания). В некоторых случаях можно применять теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления. Использование контрастных водных процедур, излишне горячих или холодных ванн не рекомендуется.

Различные виды психотерапии (когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, гипносуггестивные методы, индивидуальная и групповая

психотерапия) широко используются в терапии нарушений сна. Особое внимание необходимо уделять уменьшению уровня тревожности (как наиболее частому симптому, сопутствующему нарушениям ночного сна и являющемуся важным патогенетическим фактором повышения уровня церебральной активации).

К видам когнитивно-поведенческой терапии можно отнести и следующие методы, продемонстрировавшие высокую эффективность в купировании инсомний:

- Метод контроля стимулов — основан на предположении, что инсомния связана с формированием неверного условного рефлекса на те параметры времени и факторы окружающей среды, которые в норме должны, наоборот, провоцировать сон. Данный метод поведенческой терапии направлен на переассоциацию кровати как места для сна и особенно эффективен при инсомнии, связанной с проблемным засыпанием. В ходе терапии больного инструктируют, что он должен покинуть спальню в том случае, если не способен заснуть в течение 20 мин. Пациент может вернуться в спальню лишь тогда, когда будет находиться в состоянии выраженной сонливости. Причем эта последовательность действий должна повторяться в течение ночи столько раз, сколько будет необходимо.

- Метод парадоксальной интенции заключается в том, что пациент противостоит страху перед бессонницей, оставаясь в бодрствующем состоянии. Такой подход уменьшает беспокойство по поводу последствий дефицита сна и, как следствие, снижает тревогу при засыпании. У пациентов, использующих данный метод когнитивной терапии, не всегда улучшаются параметры сна, зато растет удовлетворение от структуры сна.

- Метод ограничения сна — заключается в переассоциации нахождения в кровати со сном. Каждую неделю, по мере того как эффективность сна (характеризуется отношением времени сна/времени в постели x 100) начинает превышать 90 %, больные увеличивают время пребывания в постели на 20 мин. Если эффективность сна менее 80 %, время нахождения в постели уменьшается на 20 мин. Однако необходимо помнить, что время пребывания в постели не следует сокращать до менее 5 ч.

- Метод контроля времени заключается в том, что пациент должен вставать каждое утро в одно и то же время, независимо от того, как много он проспал. При этом больные не должны дремать в дневное время суток.

Попытка воздействия на структуры, управляющие циркадианными ритмами, осуществляется при помощи фототерапии — метода лечения ярким белым светом (интенсивностью от 2000 до 10000 люкс). Он основан на современных представлениях о влиянии яркого света на нейротрансмиттерные (серотонин, допамин, мелатонин) системы мозга и позволяющий через систему глаз, гипоталамус и эпифиз управлять циклом «сон-бодрствование».

Лекарственные методы. Современная фармакотерапия в основном представлена снотворными сред-

ствами, воздействующими на постсинаптический ГАМК-Кергический комплекс. Эти группы включают барбитураты (применяются редко), бензодиазепины, циклопиролоны, имидазопиридины. Препараты разных групп однонаправленно влияют на структуру сна больных инсомнией. Неспецифичность их воздействия на структуру сна заключается в увеличении времени сна, снижении длительности засыпания, уменьшении представленности поверхностных стадий фазы медленного сна, времени бодрствования и двигательной активности во сне. Проблема выбора снотворного препарата заключается в наименьшем числе побочных действий и исключений от данного препарата.

Эффективность снотворного средства характеризуется: способностью быстро вызывать сон; поддерживать сон без влияния на физиологическую структуру сна; не вызывать ощущений вялости, разбитости, усталости после пробуждения; отсутствием выраженных побочных действий. Этими свойствами обладают препараты из так называемой «группы Z»: золпидем, зопиклон, залеплон. Эти гипнотики оказывают наименьшее воздействие на структуру сна, но длительность их применения ограничена тремя неделями (оптимально — 10—14 дней).

В настоящее время особое внимание уделяется препаратам — аналогам мелатонина, способным воздействовать на супрахиазмальное ядро, являющееся одной из основных структур-«водителей ритма». Не являясь в полной мере снотворным препаратом, мелатонин способствует нормализации собственных биоритмов организма, тем самым позволяя купировать инсомнические нарушения без возникновения зависимости и большого количества побочных эффектов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вейн А. М., Муртазалаев М. С. // Вегетативные расстройства / Под ред. А. М. Вейна. — М.: МИА, 2000. — Гл. 18. — С. 687—705.
2. Евсюкова Н. И. Клинические аспекты эволюционной сомнологии // Тез. докл. VI Всеросс. конф. с междунаrodn. участием «Актуальные проблемы сомнологии». — СПб., 2008. — С. 35.
3. Ковров Г. В., Посохов С. И. Сон человека — от хаоса к порядку или представление о сегментарной организации сна и его функциях // Тез. докл. VI Всеросс. конф. с междунаrodn. участием «Актуальные проблемы сомнологии». — СПб., 2008. — С. 47.
4. Левин Я. И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2005. — 115 с.
5. Левин Я. И. Нарушения сна. // Национальное руководство по неврологии / Под ред. Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой, А. Б. Гехт. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 548—565.
6. Полуэктов М. Г., Левин Я. И. // Неврологический журнал. — 2007. — Т. 12, № 1. — С. 63.
7. Рыбак В. А., Курушина О. В., Барулин А. Е., Саранов А. А. // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2010. — № 4. — С. 60—61.

8. *Bliwise D. L.* Normal aging // In: Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. (eds.). Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 2005. Part I. Sect. 1. Ch. 3. — P. 24—38.

9. *Carskadon M. A., Dement W. C.* Normal human sleep: An overview // In: Kryger M. H., Roth T., Dement W. C. (eds.). Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia: Saunders, 2005. — Part 1. Sect. 1. Ch. 2. — P. 13—23.

10. *Harsora P., Kessmann J.* // Am. Family Physician. — 2009. — Vol. 79, № 2. — P. 125—130.

11. *Irwin M. R., Cole J. C., Nicassio P. M.* // Health Psychol. — 2006. — Vol. 25, № 1. — P. 3—14.

12. *Kryger M. H., Roth T., Dement W. C. (eds.)*. Principles and practice of sleep medicine. 4 ed. Philadelphia: Sandeurs, 2005. — 1517 p.

13. NIH-State-of-the Science Conference Statement on manifestation and management of chronic insomnia in adults // NIH Consens. State Sci. Statements. — 2005. — Vol. 22, № 2. — P. 1—30.

14. *Zhdanova I. V., Wurtman R. J., Regan M. M., et al.* // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2001. — 86. — P. 4727—4730.

Контактная информация

Курушина Ольга Викторовна — д. м. н., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии с курсом медицинской генетики, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: ovkurushina@mail.ru