

**ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА
В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**

Методические рекомендации

**Москва
2009**

**ПРАВИТЕЛЬСТВО ГОРОДА МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**“Согласовано”
Председатель Ученого
медицинского совета
Департамента
здравоохранения**

Л.Г. Костомарова

Проф. Л. Г. Костомарова
“6” Октября 2009 г.



**“Утверждаю”
Руководитель
Департамента
здравоохранения**

Проф. А. П. Сельцовский
“7” Октября 2009 г.



**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА
В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА**

Методические рекомендации

(№ 32)

**Главный терапевт
Департамента здравоохранения
города Москвы**

Л.Б. Лазебник
проф. Л. Б. Лазебник
«2» 10 2009 г.

Москва – 2009

Учреждения разработчики:

Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии Департамента здравоохранения г. Москвы; ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ; организационно-методологический отдел по терапии Департамента здравоохранения г.Москвы

Составители:

Р.В. Бузунов – научный руководитель по терапии, заведующий отделением восстановительного сна ФГУ «Клинический санаторий «Барвиха» Управления делами Президента РФ, член президиума Национального общества по сомнологии и медицине сна, Заслуженный врач РФ, д.м.н. (тел. (495) 635-69-07, 635-69-08, www.sleepnet.ru)

И.В. Назаренко – зав. организационно-методологическим отделом по терапии Департамента здравоохранения г. Москвы, к.м.н.

Рецензент:

Ю.В.Конев - профессор кафедры терапии, геронтологии и апитерапии ФПДО ГОУ ВПО «Московский Государственный Медико-стоматологический Университет» Федерального агентства по здравоохранению социальному развитию, доктор медицинских наук

Предназначение: для практических врачей – терапевтов, врачей общей практики

Данный документ является собственностью Департамента здравоохранения города Москвы и не подлежит тиражированию и распространению без соответствующего разрешения.

ВВЕДЕНИЕ

Задачи, стоящие перед терапевтом во время амбулаторного приема пациента с бессонницей, достаточно сложны и многоплановы. Во-первых, необходимо уточнить генез бессонницы, поставить диагноз и решить, назначать ли лечение самому или направить пациента к специалисту, например, неврологу или психотерапевту. Ведь, помимо первичной бессонницы существует еще и вторичная, которая является не самостоятельным заболеванием, а симптомом около 50 других болезней и расстройств, таких как депрессия, апноэ сна, синдром беспокойных ног, кофеиновая зависимость и др. В амбулаторной практике до 80% всех бессонниц имеют вторичный генез и требуют различных подходов к их лечению.

Во-вторых, в случае назначения медикаментозного лечения, необходимо сориентироваться в десятках препаратов, назначаемых в качестве снотворных, и выбрать наиболее подходящий для пациента. При этом необходимо учитывать характер симптомов, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказания, взаимодействие с другими препаратами и побочные эффекты. Так, например, бензодиазепиновые снотворные противопоказаны при апноэ сна и ночной гипоксии, а длительно действующие гипнотики нельзя назначать пациентам, садящимся на следующее утро за руль автомобиля.

Определение и классификация бессонницы

Ряд отечественных авторов предпочитает для этого состояния термин «инсомния», однако в Международной классификации болезней (МКБ 10) использован термин «бессонница».

Общепризнанного отечественного определения бессонницы нет, но оно дано в Международной классификации расстройств сна. Для постановки диагноза бессонницы необходимо наличие одного или более критериев, приведенных в пункте А, а также наличие критериев В и С:

- А. Жалобы на трудности с первичным засыпанием, трудности с поддержанием сна, слишком ранние пробуждения или на хронически неосвежающий или плохой сон.
- В. Нарушения сна отмечаются несмотря на возможность и условия для нормального сна.
- С. Необходимо наличие по меньшей мере одного дневного симптома, связанного с нарушением сна:
- Усталость/слабость
 - Нарушение внимания, концентрации или ухудшение памяти
 - Снижение работоспособности или плохая успеваемость в учебе
 - Раздражительность, снижение настроения
 - Дневная сонливость
 - Снижение мотивации/энергии/инициативы
 - Наклонность к ошибкам/инцидентам на работе или при управлении автомобилем
 - Головная боль напряжения и/или желудочно-кишечные симптомы после «плохих» ночей
 - Беспокойство по поводу плохого сна

Наиболее частые причины проблем с засыпанием, поддержанием сна и ранним пробуждением приведены в таблице 1.

Наиболее частые причины, вызывающие пре-, интра- и постсомнические расстройства

Пресомнические (Нарушение засыпания)	Интрасомнические (Нарушение поддержания сна)	Постсомнические (Ранние пробуждения с невозможностью повторного засыпания)
<ul style="list-style-type: none"> • Синдром задержки фазы сна (сова) • Смена часовых поясов (перелеты на восток) • Тревожное состояние • Синдром беспокойных ног 	<ul style="list-style-type: none"> • Синдром обструктивного апноэ сна • Синдром беспокойных ног • Болевые синдромы 	<ul style="list-style-type: none"> • Депрессия • Синдром раннего наступления фазы сна (жаворонок) • Смена часовых поясов (перелеты на запад) • Алкогольная зависимость

Бессонница классифицируется в зависимости от ее продолжительности:

- **Транзиторная (преходящая) бессонница** длится не более недели и, как правило, связана с какими-либо эмоциональными переживаниями или переменами в жизни больного. Ввиду своей кратковременности преходящая бессонница не представляет серьезной опасности для здоровья пациента. Такая форма бессонницы, как правило, не требует особого лечения, а нарушения сна бесследно исчезают после прекращения действия на человека психологических факторов, ставших причиной бессонницы.
- **Кратковременная бессонница** длится от 1 до 4 недель. При этой форме бессонницы нарушения сна носят более выраженный характер, а последствия бессонницы для всего организма более значительны. При этой форме бессонницы целесообразна консультация врача с целью уточнения причин бессонницы и определения тактики лечения.
- **Хроническая бессонница** длится более 4 недель. При этом симптомы бессонницы должны отмечаться 3 или более раз в неделю. Как правило, для этой формы заболевания характерно выраженное патологическое изменение субъективного отношения больного ко сну, а также наличие различных соматических/психологических факторов, предрасполагающих к развитию этого нарушения. Лечение этой формы бессонницы требует обязательного вмешательства специалистов и не допускает самолечения.

Наиболее частые причины бессонницы в зависимости от ее длительности приведены в таблице 2.

Таблица 2

Причины, вызывающие эпизодическую, кратковременную и хроническую бессонницу

Эпизодическая бессонница (до 1 недели)	<ul style="list-style-type: none"> • Острый стресс • Острое соматическое заболевание • Синдром смены часовых поясов • Острое нарушение режима сна и бодрствования
Кратковременная бессонница (1-4 недели)	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжающийся стресс • Хронизация острой бессонницы (присоединение условно-рефлекторного компонента) • Дебют психического или соматического заболевания • Сохраняющееся нарушение режима сна и бодрствования
Хроническая бессонница (более 4 недель)	<ul style="list-style-type: none"> • Хронические психические и соматические заболевания • Расстройства сна (синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног) • Злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами

Бессонница также подразделяется на первичную и вторичную. **Первичная бессонница** диагностируется в том случае, когда не удается выявить медицинских (психических, поведенческих, медикаментозных) или иных причин бессонницы. **Вторичная бессонница** является следствием заболеваний и расстройств, которые приводят к нарушению сна. Всего существует около 50 причин вторичной бессонницы (Таблица 3).

Таблица 3

Частые коморбидные заболевания и состояния при вторичной бессоннице

Группа	Примеры заболеваний, состояние и симптомов
Расстройства сна	Синдром обструктивного апноэ сна, синдром центрального апноэ сна, синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей во сне, расстройства циркадных ритмов, парасомнии
Неврологические	Инсульт, деменция, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера, судорожные синдромы, головная боль, травмы головного мозга, периферическая нейропатия, хронические болевые синдромы, нейромышечные заболевания.
Психические	Депрессия, биполярное расстройство, дистимия, тревожное состояние, паническое расстройство, посттравматическое расстройство, острый стресс, шизофрения, шизоаффективное расстройство.
Сердечно-сосудистые	Артериальная гипертония, стенокардия, застойная сердечная недостаточность, одышка, аритмии
Легочные	ХОБЛ, эмфизема, астма, ларингоспазм, одышка
Костно-мышечные	Ревматоидный артрит, артрозы, фибромиалгия, синдром Шегрена, дорсопатии
Желудочно-кишечные	Гастроэзофагальный рефлюкс, пептическая язва желудка и 12-перстной кишки, холелитиаз, колит, синдром раздраженной толстой кишки
Мочеполовые	Недержание мочи, простатит, аденома предстательной железы, никтурия, цистит.
Эндокринные	Гипотиреоз, гипертиреозидизм, сахарный диабет
Репродуктивные	Беременность, менопауза, предменструальный синдром
Другие	Аллергия, ринит, синусит, бруксизм, алкогольная и лекарственная зависимость, синдром отмены.

Периодически испытывают бессонницу около трети взрослых людей, около 10-15% - страдают хронической бессонницей. По данным ряда эпидемиологических исследований распространенность нарушений сна отмечается у трети всех лиц старше 65 лет. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства.

Для принятия решения о назначении лечения или направления к другим специалистам, врачу необходимо уточнить генез бессонницы (первичный или вторичный).

В общетерапевтической практике до 80% бессонниц являются вторичными, наиболее частыми и клинически значимыми причинами вторичной бессонницы являются:

- Депрессивное состояние (15-25%)
- Тревожное состояние (10-15%)
- Синдром обструктивного апноэ сна и гипоксические состояния во сне (5-10%)
- Синдром беспокойных ног (5-10%)
- Прием веществ (кофеин, алкоголь) и лекарств (5-10%)

Ниже кратко описаны симптомы данных расстройств.

Депрессивное состояние

Чаще всего пациенты жалуются на ранние пробуждения (в 4-5 часов утра) с невозможностью повторного засыпания. При пробуждении они отмечают практически мгновенное «включение» мозга и трудноостановимый поток негативных мыслей. Иногда развивается феномен нарушения восприятия сна, когда пациент ощущает полное отсутствие сна в течение нескольких дней, недель или даже месяцев. Нарушение сна может быть первым симптомом депрессивного состояния, развивающимся до появления классических симптомов депрессии: сниженного фона настроения, отсутствия чувств и желаний, апатии, чувства вины и т.д.

Тревожное состояние

Как правило, пациенты жалуются на трудности с засыпанием. Тревога может быть как ситуационно-обусловленной (на фоне стресса), так и не имеющей внешних причин (эндогенная). Основными симптомами тревожного состояния являются чувство внутреннего напряжения, взвинченность, нервозность, сердцебиение, покалывания в области сердца, ощущение комка в горле, ощущение неудовлетворенности вдохом.

При выявлении бессонницы, обусловленной психологическими или психическими проблемами, целесообразно направить пациента на консультацию к психотерапевту или психиатру.

Синдром обструктивного апноэ сна

Около 30% всего взрослого населения постоянно храпит во сне. Храп является предвестником и одним из основных клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) - состояния, характеризующегося наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью. При этом около 40% пациентов с СОАС могут обращаться к врачам с жалобами на бессонницу.

В клинической практике используется достаточно простое скрининговое правило, с помощью которого можно заподозрить СОАС и назначить дополнительное обследование:

1. Указания на остановки дыхания во сне.
2. Указания на громкий или прерывистый храп.
3. Повышенная дневная сонливость.
4. Учащенное ночное мочеиспускание.

5. Длительное нарушение ночного сна (> 6 месяцев).
6. Артериальная гипертензия (особенно ночная и утренняя).
7. Ожирение 2-4 ст.

При наличии трех или более из указанных признаков (или только первого признака) необходимо углубленное обследование на предмет выявления СОАС:

Вероятность апноэ сна очень высока (30-50%) у пациентов со следующими соматическими диагнозами:

1. Ожирение 2 степени и выше (индекс массы тела ≥ 35).
2. Метаболический синдром.
3. Пиквикский синдром.
4. Артериальная гипертония 2 степени и выше (особенно ночная, утренняя и рефрактерная к лечению).
5. Сердечные брадиаритмии в ночное время.
6. Сердечная недостаточность 2 степени и выше.
7. ХОБЛ тяжелого течения (ОФВ1 <50%).
8. Дыхательная недостаточность 2 степени и выше.
9. Легочное сердце.
10. Гипотиреоз (снижение функции щитовидной железы).

Хроническая ночная гипоксемия и соннозависимая дыхательная недостаточность

Хроническая ночная гипоксемия развивается на фоне альвеолярной гиповентиляции, обусловленной такими заболеваниями, как тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема легких, бронхиальная астма, нейромышечные заболевания, морбидные формы ожирения (Пиквикский синдром). Ухудшение состояния в ночное время обусловлено выключением из акта дыхания межреберных мышц, снижением экскурсии диафрагмы, увеличением бронхиального сопротивления во время сна. Около 50% пациентов могут предъявлять жалобы на бессонницу. Ночная гипоксемия проявляется следующими симптомами:

- Частые пробуждения и неосвежающий сон
- Учащенное ночное мочеиспускание (>2 раз за ночь)
- Затрудненное дыхание, одышка или приступы удушья в ночное время
- Ночная потливость
- Разбитость по утрам
- Утренние головные боли
- Выраженная дневная сонливость
- Депрессия, апатия, раздражительность, сниженный фон настроения, снижение памяти

В случае подозрения на СОАС сна или хроническую ночную гипоксемию пациент должен быть направлен в специализированный сомнологический центр для проведения полисомнографии, уточнения диагноза и назначения специфического лечения, включающего применение неинвазивной вспомогательной вентиляции легких постоянным положительным давлением (CPAP-терапия) или кислородного концентратора во время ночного сна. При нарушениях дыхания во сне противопоказано назначение бензодиазепинов.

Синдром беспокойных ног

Синдром беспокойных ног (СБН) – неврологическое заболевание, проявляющееся неприятными ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью преимущественно в покое или во время сна. Основные проявления заболевания следующие.

1. **Неприятные ощущения в ногах.** Обычно они описываются как ползание мурашек, дрожь, покалывание, жжение, подергивание, шевеление под кожей и т. д. Иногда человеку сложно точно описать характер ощущений, но они всегда бывают крайне неприятными. Эти ощущения возникают в бедрах, голени, стопах и волнообразно усиливаются каждые 5 – 30 секунд.
2. **Ухудшение в покое.** Наиболее характерным и необычным проявлением заболевания является усиление неприятных ощущений и необходимость двигать ногами в покое. Ухудшение обычно отмечается в положении сидя или лежа и особенно при засыпании.
3. **Улучшение при движении.** Симптомы значительно ослабевают или исчезают при движении. Наилучший эффект чаще всего оказывает обычная ходьба или просто стояние.
4. **Связь со временем суток.** Симптоматика значительно усиливается в вечернее время и в первую половину ночи (между 18 часами вечера и 4 часами утра). Перед рассветом симптомы ослабевают и могут исчезнуть вообще в первую половину дня.
5. **Движения конечностей во сне.** Во время сна отмечаются периодические произвольные движения нижних конечностей через каждые 5 – 40 секунд.
6. **Заболевание часто сопровождается бессонницей.** Больные жалуются на проблемы с засыпанием и беспокойный ночной сон с частыми пробуждениями. Хроническая бессонница может приводить к выраженной дневной сонливости и другим проблемам, связанным с длительным нарушением сна.

В случае подозрения на синдром беспокойных ног показана консультация невролога. В настоящее время существуют эффективные медикаментозные методы лечения данного заболевания.

Прием психоактивных веществ (кофеин, алкоголь) и лекарств

Выявить бессонницу, обусловленную приемом психоактивных веществ или лекарств, весьма просто, если знать, какие субстанции могут вызывать бессонницу и уточнить, потребляет ли их пациент (Таблица 4).

Таблица 4

Медикаменты и психоактивные вещества, вызывающие бессонницу

Категория	Примеры
Антидепрессанты	Ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин (прозак), пароксетин, сертралин, флувоксамин, дулоксетин, ингибиторы моноаминоксидазы)
Стимуляторы	Кофеин, метилфенидат, амфетамин, эфедрин и дериваты, кокаин.
Деконгестанты	Фенилэфрин, фенилпропаноламин, псевдоэфедрин.
Наркотические анальгетики	Оксикодон, кодеин, пропосифен
Сердечно-сосудистые	Бета-блокаторы, агонисты и антагонисты альфа рецепторов, диуретики, липидснижающие препараты
Легочные	Теофиллин, албутерол.
Алкоголь, никотин	

Лечение бессонницы

Немедикаментозное лечение

Все пациенты должны получать рекомендации по соблюдению гигиены сна:

1. **Соблюдение режим сна.** Для поддержания нормального «хода» биологических часов пробуждение и вставание должно быть в одно и то же время в будни и выходные, вне зависимости от количества часов сна.
2. **Сокращение время сна.** Человек обычно тратит на сон больше времени, чем это необходимо. Для людей, страдающих бессонницей, сокращение времени пребывания в постели может существенно улучшить глубину и эффективность сна.
3. **Никогда не заставляйте себя спать.** Если заснуть не удастся, то лучше спокойно отдохнуть, просматривая телепередачи и т.п.
4. **Не бояться бессонницы.** Одна бессонная ночь, как правило, не влияет на выполнение коротких задач, таких как переговоры, лекции, экзамены или спортивные соревнования. Только при монотонной или очень опасной работе следует беспокоиться об ухудшении своих способностей на следующий день.
5. **Не решать проблемы в момент засыпания.** Необходимо решить все накопившиеся проблемы до отхода ко сну или отложить их решение на завтра.
6. **Регулярные занятия физическими упражнениями.** Физическая нагрузка является одним из наиболее эффективных антистрессорных средств. Лучшее время для занятий – с 17 до 20 часов. Оптимальная частота – 3 – 4 раза в неделю, продолжительность – 30 – 60 минут. Прекращение занятий минимум за 90 минут до сна.
7. **Уменьшение потребления стимуляторов.** Обычно человек ежедневно потребляет значительное количество кофеина, содержащегося в кофе, чае, различных тонизирующих напитках и шоколаде. В зеленом чае содержится больше кофеина, чем в черном. Стимулирующие эффекты кофеина достигают пика через 2 – 4 часа после потребления (прием кофеинсодержащие продукты не позднее, чем за 6 – 8 часов до сна).
8. **Уменьшение (прекращение) курения.** Никотин, содержащийся в сигаретах, обладает еще большим стимулирующим эффектом, чем кофеин (не курить за 2 часа до сна).
9. **Соблюдение умеренность в потреблении спиртных напитков.** Только малые дозы алкоголя (50 г водки или 1 стакан вина) оказывают неплохое успокаивающее действие.
10. **Не ложиться спать голодным или с переполненным желудком.** Не принимать пищу за 2-3 часа до сна, не употреблять за ужином продуктов, которые вызывают газообразование (орехи, бобовые или сырые овощи), не ложиться спать голодным - рекомендуется легкая закуска (банан или яблоко).
11. **Соблюдение ритуала отхода ко сну.** Перед отходом ко сну регулярно выполнять действия, направленные на психическое и физическое расслабление. Это могут быть теплая ванна для уменьшения физического напряжения, упражнения по самовнушению или прослушивание кассет со спокойной музыкой для психического расслабления.

Возможно также применение различных поведенческих методик, которые по своей эффективности сравнимы с применением гипнотиков (Таблица 5).

Таблица 5

Поведенческие методики лечения бессонницы

Техника	Цель
Когнитивная терапия	Разъяснение пациенту ложных представлений о сне и о способах его улучшения
Терапия ограничением сна	Ограничить фактическое пребывание пациента в постели с целью обеспечения более глубокого и стабильного сна
Терапия контроля раздражителя	Устранение отрицательных условных рефлексов, связанных со сном. Спальня должна ассоциироваться со сном.

Релаксационная терапия	Уменьшение возбудимости и тревожности пациента
«Настройка» циркадных ритмов	Регулярный цикл «сон/бодрствование», использование света для синхронизации биологических ритмов
Когнитивная поведенческая терапия	Комбинация поведенческих и когнитивных подходов, перечисленных выше

На амбулаторном приеме врач может кратко описать данные методики или выдать пациенту письменные рекомендации по их применению.

Терапия ограничением сна

Большинство людей легче засыпают и лучше спят, когда они ощущают сонливость. Для того, чтобы вызвать у Вас сонливость к вечеру и помочь Вам легче заснуть, необходимо ограничить длительность Вашего сна или пребывания в постели в течение каждой ночи на протяжении нескольких недель. Кроме этого, соблюдайте, пожалуйста, общие рекомендации по гигиене сна.

1. Вам позволено оставаться в кровати только то количество времени, которое, по вашему мнению, вы спите, плюс 15 минут. Например, если вы считаете, что спите каждую ночь только по 5 часов (а еще 3 часа уходит на то, чтобы заснуть), то вам позволено находиться в кровати 5 часов и 15 минут.
2. Вы должны вставать каждый день в одно и то же время. Если вы спите 5 часов и обычно встаете в 6:00 утра, вам позволено находиться в кровати с 00:45 ночи до 6:00 утра.
3. Не пытайтесь вздремнуть в течение дня.
4. Если вы спите в течение 85% времени пребывания в кровати, вы можете увеличить время нахождения в кровати, ложась спать на 15 минут раньше. (Вам все еще надо вставать утром в одно и то же время.)
5. Повторяйте этот метод до тех пор, пока вы не будете спать все 8 часов или желаемое количество времени. Возможно, при этом Вы отметите, что выделяемое на сон время сократится на 1-2-3 часа по сравнению с тем периодом, когда Вы страдали бессонницей.

Данная методика дает эффект через 3 – 4 недели. Помните, что при терапии ограничением сна вы можете быть очень сонным в течение дня и вам необходимо быть крайне внимательным при вождении автомобиля и выполнении опасных работ.

Терапия контроля раздражителя

1. Когда Вы ложитесь в кровать, Вам разрешается лежать не заснув только в течение 15 минут. Если 15 минут истекли, и Вы не заснули, то встаньте с постели. Не ложитесь в кровать и не пытайтесь заснуть снова до начала следующего часа. Например, если вы легли в кровать в 23.00 и не заснули до 23.15, встаньте, уйдите в другую комнату (кровать использовать только для сна!) и посмотрите телевизор или почитайте. Можно заняться каким-либо нудным занятием, например, глажкой белья или наведением порядка в бумагах. Не ложитесь в постель до 00.00. Если при второй попытке вы не заснули до 00.15, снова встаньте с постели и продолжайте бодрствовать до 01.00 и так далее. Обычно требуется не более 1-2 попыток. Однако при тяжелой бессоннице в первые несколько дней могут потребоваться 3-4 попытки.
2. Обязательно поднимайтесь с постели утром в одно и то же время вне зависимости от того, когда Вы уснули. Даже если Вам очень хочется спать, все равно вставайте с постели. Лучше всего, если Вы быстро сделаете несколько физических упражнений и выйдете на свежий воздух.

3. Не ложитесь отдыхать или спать днем. Дневной сон уменьшит Вашу сонливость к вечеру и сведет на нет все Ваши усилия в предыдущую ночь.
4. Ежедневно ведите дневник: каждое утро записывайте время, когда вы легли в постель, после какой попытки заснули и когда встали с постели.
5. Если в течение недели вы 4 и более раз не смогли заснуть после первой попытки, то следует первый час убрать из времени пребывания в постели.
6. Если в течение следующей недели вы также 4 и более раз не смогли заснуть после первой попытки, уберите еще один час из времени пребывания в постели. И так каждую последующую неделю до тех пор, пока вы будете засыпать после первой попытки минимум 4 раза в неделю. Возможно, после реализации данной программы ваше пребывание в кровати сократится на 1-2-3 часа, но при этом сон станет более глубоким и эффективным.
7. Данная программа помогает большинству людей даже в том случае, если бессонница продолжается несколько лет. Следует, однако, отметить, что значительное количество людей через некоторое время (возможно через несколько месяцев или лет) возвращается к своим старым привычкам и бессоннице. Если это случилось с Вами, следует просто еще раз повторить описанную Выше программу, что позволит Вам снова нормализовать сон.

Медикаментозное лечение

При назначении снотворных врач должен четко понимать возможные последствия таких действий. В идеале гипнотики нельзя принимать более 4 недель, однако рецептурные препараты (гипнотики, анксиолитики или антидепрессанты) принимаются пациентами в среднем 26 месяцев. В Европе около 30% пациентов с бессонницей принимают рецептурные гипнотики в течение более чем 4-5 лет. В общей популяции (пациенты с бессонницей и без нее) 5% лиц принимают одновременно рецептурные препараты и алкоголь. При наличии алкогольной зависимости применение бензодиазепинов и барбитуратов достаточно быстро приводит и к лекарственной зависимости.

Современные международные рекомендации предлагают следующую тактику фармакотерапии у пациентов с первичной бессонницей:

- Новые небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов, например, золпидем (*Санвал, Ивадал*), залеплон (*Анданте*); короткодействующие (период полувыведения до 6 часов) бензодиазепины, например, мидазолам (*Дормикум*), триазолам (*Хальцион*); среднедействующие (период полувыведения 6-12 часов) бензодиазепины, например, темазепам (*Сигнопам*).
- Антидепрессанты с седативным эффектом, особенно в случае сочетания бессонницы с сопутствующей тревогой/депрессией: тразодон, amitриптилин, миртазапин.
- Комбинированное лечение небензодиазепиновыми агонистами бензодиазепиновых рецепторов и антидепрессантами с седативным эффектом.
- Другие препараты, обладающие седативным эффектом: противоэпилептические (габапентин) и атипичные антипсихотики, например, кветиапин (*Сероквель*), оланзапин (*Зипрекса*).

При необходимости длительного применения снотворных препаратов целесообразно применять методики прерывистого назначения снотворных, минимизирующие риск развития лекарственной зависимости:

Лечение в соответствии с потребностями больного, но с ограничением частоты приема:

1. Ограничение приема снотворных 10 таблетками в месяц.
2. Препараты должны приниматься только в те ночи, когда беспокоит наиболее выраженная бессонница.

Стандартное прерывистое лечение:

1. Лечение проводится стандартными курсами по 2-3 недели с последующим перерывом в 2-3 недели.
2. Во время перерыва основной упор делается на немедикаментозное лечение бессонницы.

Контролируемое прерывистое лечение в соответствии с потребностью пациента:

1. Ограничение приема снотворных тремя таблетками в течение недели.
2. В воскресенье пациент должен определить три ночи в течение следующей недели, когда возможно применение снотворных.
3. Главными критериями выбора "лекарственной ночи" являются задачи и потребности следующего дня.
4. Пациент может, но не обязан принимать таблетку в "медикаментозную" ночь.
5. В остальные ночи прием снотворных строго запрещен.

Выбор гипнотиков

В настоящее время широко используются бензодиазепины, в частности феназепам, который относится к длительно действующим препаратам. При этом у бензодиазепинов существенно выше суммарный риск различных побочных эффектов, частота резидуальных эффектов и частота нежелательных взаимодействий с другими лекарственными средствами по сравнению с новой генерацией небензодиазепиновых агонистов бензодиазепиновых рецепторов – так называемой «Z-группой» (зопиклон, золпидем, залеплон). Бензодиазепины также имеют более высокий риск развития лекарственной зависимости по сравнению с Z-гипнотиками.

У пациентов с установленным или предполагаемым диагнозом апноэ сна и/или соннозависимой дыхательной недостаточности противопоказано применение бензодиазепиновых снотворных и барбитуратов, обладающих миорелаксирующим и угнетающим респираторную функцию действием. Применение бензодиазепинов может быть связано с увеличением смертности у пациентов старших возрастных групп, у которых высока частота расстройств дыхания во сне. Бензодиазепины также противопоказаны у пациентов с хроническим нарушением легочной функции, обусловленным ХОБЛ и другой легочной патологией.

В то же время препараты Z-группы не оказывают существенного отрицательного эффекта на респираторную функцию у пациентов с легкой или умеренной степенью тяжести ХОБЛ

Гипнотики широко назначаются в общей популяции, в которой около 30% пациентов храпит (симптом возможного апноэ сна). Если невозможно объективными методами исследования исключить апноэ сна у храпящего пациента, а клиническая ситуация требует назначения снотворных, то необходимо назначать гипнотики, которые в наименьшей степени влияют на респираторную функцию, в частности золпидем (санвал, ивадал). Данный препарат не ухудшает параметры дыхания и не влияет на показатели насыщения крови кислородом во сне у пациентов с храпом.

С учетом выраженных резидуальных эффектов у средне- и длительнодействующих бензодиазепинов (феназепам, диазепам, нитразепам, оксазепам, реланиум, флунитразепам и др.), они противопоказаны у пациентов, которые предполагают на фоне курсового лечения снотворными управлять автомобилем утром после сна. Бензодиазепины снижают внимание, концентрацию и увеличивают риск засыпания за рулем. При приеме бензодиазепинов в дозах, в два раза превышающих рекомендованные, способность управлять автомобилем нарушалась в течение всего последующего дня. Курсовое применение бензодиазепинов статистически увеличивает риск дорожно-транспортных

происшествий. Ухудшение способности управлять автомобилем доказано и при применении наиболее длительно действующего Z-гипнотика зопиклона (имован, сомнол, пиклодорм). В то же время не отмечалось влияния на способность управлять автомобилем при применении Золпидема (Санвал, Ивадал) и Залеплона (Анданте). Золпидем также не оказывал влияния на концентрацию внимания на следующий день после приема препарата.

Указанные преимущества препаратов Z-группы определяет их как средства первой линии терапии при различных формах бессонницы. Сравнительная характеристика Z-гипнотиков приведена в таблице 6.

Таблица 6

Характеристика Z-гипнотиков

Препарат (синонимы)/ Дозировка	Период полувыведения	Длительность действия	Последствие на следующее утро после вечернего приема
Зопиклон (имован, пиклодорм, релаксон, сомнол)/ таблетки 7.5 мг	3.5-7 часов (в среднем 5 часов)	6-8 часов	Да
Золпидем (санвал, ивадал, нитрест)/ таблетки 10 мг	0.7 до 3.5 часов (в среднем 2.4 часа)	5-6 часов	Нет
Залеплон (анданте)/ капсулы 5 мг, 10 мг	0,5-2 часа (в среднем 1 час)	2-3 часа	Нет

Зопиклон обеспечивает наиболее продолжительный эффект, но, как отмечалось выше, обладает последствием на следующее утро и не рекомендуется к применению у пациентов, управляющих автомобилем.

Наиболее оптимальным по длительности снотворным эффектом обладает золпидем. Он обеспечивает полноценный сон в течение 5-6 часов, при этом не имеет эффекта последствия утром и не ухудшает концентрацию и внимание.

Преимуществом залеплона является возможность его приема не только перед сном, но и при пробуждении среди ночи (если осталось спать не менее 4 часов). Однако это является и некоторым недостатком препарата, если он применяется у пациентов с нарушением не только засыпания, но и поддержания сна. В этой ситуации при вечернем приеме залеплона может потребоваться дополнительный прием второй таблетки в середине ночи. Если у пациента имеются проблемы, как с засыпанием, так и поддержанием сна, то предпочтительнее назначать золпидем.

Итак, первой линией препаратов, назначаемых пациентам на амбулаторном приеме, являются Z-гипнотики среднего (Золпидем - Санвал, Ивадал) и короткого действия (Залеплон - Анданте), которые обладают следующими характеристиками:

- ***Минимальный риск побочных эффектов***
- ***Минимальное влияние на параметры дыхания во сне***
- ***Минимальный риск развития зависимости и синдрома отмены***
- ***Отсутствие выраженного последствия в утренние и дневные часы***

Применение этих препаратов особенно показано в тех случаях, когда дефицит времени или ресурсов на поликлиническом приеме не позволяет в полной мере оценить состояние пациента и выявить все возможные противопоказания к назначению гипнотиков. Применение препаратов Z-группы в этой ситуации в наибольшей степени будет способствовать соблюдению одной из основных заповедей медицины «Не навреди!».