

Диагностический и лечебный алгоритм при жалобах на нарушение сна

П.В. Пчелина, к.м.н. М.Г. Полуэктов

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва

РЕЗЮМЕ

Жалобы на нарушенный сон характерны для самых разных расстройств сна и требуют грамотной дифференциальной диагностики. Несмотря на то что чаще всего такие жалобы встречаются при инсомнии (бессоннице), важно исключить другие распространенные причины нарушений сна: синдром обструктивного апноэ сна, расстройства движений во сне (синдром беспокойных ног, синдром периодических движений конечностей), парасомнии. После определения причин необходимо уточнить природу расстройств и провести этиопатогенетическое лечение. В диагностике расстройств сна могут широко применяться различные анкеты и опросники (Индекс тяжести инсомнии, Питтсбургский опросник сна, анкета балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортская шкала сонливости, Шкала скрининга синдрома апноэ во сне), инструментальные методы (полисомнография, кардиореспираторный мониторинг, пульсоксиметрия), анализ сопутствующих заболеваний. Спектр доступных методов лечения достаточно широк: от сеансов психотерапии при хронической бессоннице до операции на ЛОР-органах. В статье представлены алгоритм опроса и обследования пациента с жалобами на нарушения сна и лечебная тактика, включающая медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Ключевые слова: сон, инсомния, синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног, парасомнии, полисомнография, когнитивно-поведенческая терапия, СИПАП-терапия.

Для цитирования: Пчелина П.В., Полуэктов М.Г. Диагностический и лечебный алгоритм при жалобах на нарушение сна // РМЖ. 2018. № 4(II). С. 1–7.

ABSTRACT

Diagnostic and treatment procedure for sleep complaints

Pchelina P.V., Poluektov M.G.

Sechenov University, Moscow

Sleep complaints are common for a wide variety of sleep disorders and require a competent differential diagnostic procedure. Although these complaints are most common in insomnia, the other widespread sleep disorders should be excluded: obstructive sleep apnea syndrome, sleep related movement disorders (restless leg syndrome, periodic limb movement disorder), parasomnias. After the syndrome is identified, its etiology should be specified and etiopathogenetic treatment should be assigned. In the diagnosis of sleep disorders, various questionnaires and scales are widely used: (Insomnia Severity Index, Pittsburgh sleep questionnaire, questionnaire of subjective sleep characteristics, Epworth Sleepiness Scale, sleep apnea screening scale), instrumental methods (polysomnography, cardiorespiratory monitoring, pulse oximetry), analysis of concomitant diseases. The range of treatment options is very broad as well: from psychotherapy at chronic insomnia to laryngeal surgery. The article presents an algorithm for questioning and examining patients with complaints of sleep disorders and therapeutic tactics, including medication and non-drug treatment.

Key words: insomnia, obstructive sleep apnea syndrome, restless legs syndrome, parasomnias, polysomnography, cognitive-behavioral therapy, CPAP-therapy.

For citation: Pchelina P.V., Poluektov M.G. Diagnostic and treatment procedure for sleep complaints // RMJ. 2018. № 4(II). P. 1–7.

ВВЕДЕНИЕ

Эпизодические нарушения сна встречаются у 33% людей в общей популяции, а после 65 лет этот показатель возрастает до 50–65% [1]. Пациенты жалуются на трудности при засыпании, длительное бодрствование в течение ночи, поверхностный сон с частыми пробуждениями, раннее утреннее пробуждение, головные боли, дневную сонливость, снижение работоспособности, плохое общее самочувствие утром и в течение дня. Дневные проявления нарушений сна обуславливают снижение качества жизни и работоспособности таких пациентов.

В клинической практике с такими жалобами чаще всего встречаются неврологи и терапевты.

При нарушениях сна дифференциальный диагноз проводится между наиболее часто встречающимися расстройствами сна: инсомнией (бессонницей, встречается у 9–15% людей в популяции) и расстройствами дыхания во сне (1–3,9%) [2, 3]. Отдельные симптомы могут указывать на более редкие заболевания, такие как парасомнии и нарушения движений во сне. Сложность диагностики зачастую обусловлена неконкретной формулировкой жалобы на «плохой сон», без пояснения, связаны ли нарушения

сна с пробуждениями из-за остановки дыхания во сне или с дискомфортом в ногах, как при синдроме беспокойных ног. В таких случаях необходимо задать пациенту уточняющие вопросы, воспользоваться специально разработанными опросниками, а при подозрении на расстройства дыхания или движений во сне направить на полисомнографическое исследование.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Как уже говорилось, инсомния — самая распространенная причина нарушений сна. Это заболевание характеризуется длительным засыпанием, частыми ночными пробуждениями, длительным бодрствованием в течение ночи, поверхностным сном, ранним утренним пробуждением, несмотря на достаточное время и подходящие условия для сна, что вызывает дневную сонливость, ухудшение памяти и внимания, снижение работоспособности, социальную дисфункцию. Ухудшение состояния в дневное время пациенты отмечают не реже 3-х раз в неделю. Бессонницу объясняют тем, что в голове «крутятся мысли» и они «не могут расслабиться».

Инсомния часто развивается как реакция на стрессовое событие, в этом случае ставится диагноз «острая инсомния». При длительно текущей инсомнии развиваются поведенческие и нейрофизиологические механизмы, поддерживающие гиперактивацию головного мозга и препятствующие нормальному сну. Инсомния, продолжающаяся более 3-х месяцев, становится хронической. Хроническая инсомния выявляется, по разным данным, у 615% людей в общей популяции, что сопоставимо с распространенностью сахарного диабета [4, 5]. Женщины страдают инсомнией в 1,5–2 раза чаще, чем мужчины, люди старше 65 лет — в 2 раза чаще, чем в среднем возрасте [5].

Факторы риска развития инсомнии:

- личностные особенности пациента (повышенная тревожность и эмоциональность);
- имеющиеся заболевания (тревожно-депрессивные расстройства, мышечно-скелетные или суставные боли, сердечно-сосудистые заболевания);
- нарушения гигиены сна (ночная работа, сменная работа, привычка засыпать с включенным светом или телевизором, дневной сон).

Однако в дебюте инсомнии пациенты, как правило, отмечают стрессовую ситуацию (конфликты на работе, в семье или в другой сфере общения), появление того или иного заболевания, перелет в другой часовой пояс. В разных возрастных группах значение имеют разные факторы риска. Так, в пожилом возрасте большее значение приобретают сопутствующие заболевания и прием лекарственных препаратов. После ухода на пенсию частой причиной нарушения сна является изменение распорядка жизни (дневной сон, длительное пребывание в постели за чтением, просмотром телевизора) [6]. Анализ факторов риска и триггеров инсомнии важен для подбора этиотропной и патогенетической терапии.

Жалобы при инсомнии, как правило, заключаются в субъективном ощущении нехватки сна, поэтому оценку выраженности инсомнии и динамики на фоне терапии можно проводить с помощью опросников: Индекса тяжести инсомнии, Питтсбургского опросника сна, анкеты балльной оценки субъективных характеристик сна, а также Шкалы дисфункциональных убеждений в отношении сна (для

оценки выраженности мыслей, поддерживающих неправильное поведение в отношении сна и усугубляющих инсомнию) [7–10]. Полисомнографическое исследование (ПСГ) неэффективно для диагностики инсомнии, т. к. нарушения сна могут сильно варьировать от одной ночи к другой, а эффект незнакомой обстановки, вызывающий повышенную тревогу у таких пациентов, может исказить результаты исследования. В то же время при феномене парадоксальной инсомнии, когда пациенты неправильно оценивают продолжительность своего сна, ПСГ помогает продемонстрировать, что объективная продолжительность их сна значительно превышает субъективно воспринимаемую.

Расстройства дыхания во сне у взрослых представлены преимущественно синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС). Это заболевание чаще встречается среди мужчин в возрасте от 40 до 64 лет, с частотой 3–8%, для женщин той же возрастной группы распространенность составляет 2% [3, 11]. Расстройства дыхания во сне ассоциированы с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний и смертности (смертность 11% за 5 лет), метаболическими нарушениями. При СОАС наблюдаются шумное дыхание и храп, в дальнейшем трансформирующиеся в остановки дыхания во сне. За остановкой дыхания в некоторых случаях следует пробуждение, сопровождающееся двигательной активностью. В большинстве случаев пациенты жалоб активно не предъявляют, т. к. не замечают нарушений, и обращаются к врачу, когда храп и остановки дыхания начинают беспокоить родственников. Диагностические сложности возникают, когда пациент с СОАС жалуется на поверхностный сон, частые пробуждения, отсутствие чувства бодрости и головные боли после пробуждения. Такие жалобы напоминают симптомы инсомнии, и постановка правильного диагноза требует дальнейших расспросов. Повышенное артериальное давление в течение ночи и утром свидетельствует об активации сердечно-сосудистой системы вследствие гипоксии. Учащенное мочеиспускание в течение ночи является следствием повышенного выделения натрийуретического пептида. Важный диагностический признак — дневная сонливость из-за объективной нехватки сна, которая приводит к засыпанию в обстановке, не предполагающей к отдыху: на работе, на лекции, в транспорте, за рулем автомобиля. При инсомнии состояние гиперактивности, наоборот, затрудняет дневной сон пациентов.

Предрасполагающими к развитию СОАС факторами являются лишний вес, определенные конституциональные особенности: короткая толстая шея, крупный язык, ретрогнатия, микрогнатия, высокое куполообразное небо (встречаются при синдромах Аперта, Крузона), III–IV степень сужения дыхательных путей при тесте Mallampati, увеличение мягких тканей глотки (тонзилломегалия, длинный язычок, низко нависающее мягкое небо или сужение дыхательных путей за счет небных дужек) [12].

Проведение дифференциальной диагностики между СОАС и инсомнией весьма важно, поскольку эти состояния требуют принципиально разного лечения, а снотворные препараты, часто назначаемые при инсомнии, могут угнетать дыхательный центр и усугублять нарушения дыхания, что опасно при СОАС.

При подозрении на СОАС рекомендуется использовать Эпвортскую шкалу сонливости, Шкалу скрининга синдрома апноэ во сне [12, 13]. Однако «золотым стандартом» диагностики остается проведение ПСГ с регистрацией параметров дыхания. Это исследование позволяет под-

ДОБРОКАМ®

Добрый Сон

Безрецептурный препарат для нормализации сна



- ✓ Облегчает наступление естественного сна
- ✓ Помогает в борьбе с бессонницей
- ✓ Короткий курсовой прием – всего 10 дней

БЕЗ
РЕЦЕПТА


avexima®
www.avexima.ru

ОАО «Авексима», Москва, Ленинградский проспект, д. 31А, стр. 1, тел. +7 (495) 258-45-28 Реклама

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ИЛИ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

твердить диагноз СОАС и определить степень его тяжести. Менее информативным и точным, но более простым методом является кардиореспираторный мониторинг, который регистрирует параметры дыхания. Еще более упрощенный метод диагностики — пульсоксиметрия (измерение сатурации крови), которую можно провести в домашних условиях. Кардиореспираторный мониторинг и пульсоксиметрия с достаточно высокой точностью позволяют выявлять тяжелые нарушения дыхания во сне. Однако у пациентов с легкой и средней степенью тяжести СОАС точность диагностики снижается. Таким образом, при выявлении СОАС средней и легкой степени пациент должен быть направлен на ПСГ для уточнения диагноза.

В результате инструментального обследования определяется индекс апноэ/гипопноэ (ИАГ), который рассчитывается как количество эпизодов нарушений дыхания (апноэ и гипопноэ) за 1 час сна. Нормальным считается ИАГ <5 часов. На основании данных ПСГ СОАС различается по степени тяжести:

- легкая степень: ИАГ 5–15 часов;
- средняя степень: ИАГ 15–30 часов;
- тяжелая степень: ИАГ >30 часов.

От степени выраженности дыхательных нарушений зависит выбор метода лечения.

Среди расстройств движений во сне лидирующую позицию занимает синдром беспокойных ног (СБН), который встречается чаще у пожилых людей и с частотой 2–3% в общей популяции [14]. Основная жалоба заключается в ощущении дискомфорта, необходимости двигать ногами (реже — руками или всем телом), возникающих в состоянии покоя. При движении неприятные ощущения исчезают, поэтому пациенты вынуждены постоянно менять положение ног в постели, а иногда вставать и ходить. Симптомы, как правило, возникают поздним вечером и в первой половине ночи. При предъявлении таких жалоб важно исключить полинейропатический синдром. Нередко пациенты жалуются не на неприятные ощущения в ногах, а на трудности засыпания, что может привести к постановке неправильного диагноза. Для дифференциальной диагностики с инсомнией важно уточнить, что мешает заснуть и что делает пациент, когда не может заснуть (двигает ли ногами, встает ли с постели).

СБН может развиваться как первично, так и на фоне других заболеваний и функциональных состояний: железодефицитной анемии, уремии, диабетической и алкогольной полинейропатии, сосудистых заболеваний нижних конечностей, артропатий, повреждений спинного мозга, радикулопатий, эссенциального тремора, болезни Паркинсона, ревматических заболеваний, беременности. В патогенезе заболевания, вероятно, играет роль дофаминергическая система, что подтверждается более частым развитием СБН на фоне приема антидепрессантов и антидофаминергических препаратов, а также регрессом симптомов при лечении дофаминергическими средствами. Для оценки степени тяжести СБН рекомендуется использовать Международную шкалу оценки тяжести синдрома беспокойных ног [15]. При подозрении на СБН важно провести полный клинический осмотр пациента, исключить первичные заболевания, которые могут быть причиной СБН: провести анализ крови на скрытый дефицит железа (уровень ферритина), содержание глюкозы, креатинина, мочевины, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, а также электроэнцефалографию в случае подозрения на наличие полинейропатии.

ПСГ проводится в случаях затруднения при постановке диагноза, например при нетипичном течении СБН, сочетании с инсомнией, СОАС, синдромом периодических движений конечностей (СПДК).

СПДК проявляется произвольными стереотипными движениями конечностей во сне — тыльным сгибанием больших пальцев стоп, однако возможно вовлечение и других суставов. Длительность таких движений составляет 0,5–5 с, интервалы — 20–90 с, серии включают по 4 и более движений [15]. Серии движений сопровождаются церебральной активацией, что на ПСГ выглядит, как десинхронизация ритма, а иногда и пробуждениями. Чаще всего серии движений отмечаются в период с 24:00 до 02:00. Распространенность синдрома составляет около 6% в популяции, а в группе людей старше 60 лет увеличивается до 34%. Несмотря на высокую распространенность, СПДК трудно диагностировать, т. к. мелкие движения незаметны как для пациентов, так и для их родственников, а основной жалобой остаются частые ночные пробуждения и длительное бодрствование в течение ночи. Заподозрить СПДК на амбулаторном приеме можно, выявив отсутствие связи жалоб со стрессовыми ситуациями, низкую эффективность снотворных препаратов и антидепрессантов, назначаемых при инсомнии. Дифференциальный диагноз СПДК проводится с эпилепсией, вздрагиваниями при засыпании, расстройствами поведения в быстрой фазе сна, повышенной двигательной активностью при СОАС. Точной диагностике СПДК способствует проведение ПСГ с регистрацией электромиограммы передних малоберцовых мышц.

Выявлена высокая коморбидность СПДК с СБН, которая может быть обусловлена сходным патогенезом, связанным с дефицитом дофаминергической системы. При этом интенсивность движений при СПДК коррелирует с выраженностью проявлений СБН, что может использоваться при диагностике и оценке эффективности лечения [16].

Ночные крампы (внезапные произвольные болезненные мышечные сокращения) так же, как и СБН, требуют дифференциальной диагностики с сосудистыми и суставными заболеваниями, моно- и полинейропатиями, радикулопатиями, недостаточностью натрия и калия. Эти жалобы часто развиваются на фоне интенсивных физических нагрузок, в период беременности и активного роста.

Нарушения сна могут быть основной жалобой при парасомниях, которые являются достаточно распространенными в популяции: снохождение у 2% людей, сноговорение у 4,4%, ночные страхи у 2,2%, бруксизм у 8,2%, энурез у 5%, ночные кошмары (частые у 5,8%, время от времени у 29%) [17]. Перечисленные парасомнии могут быть причиной ночных пробуждений, поверхностного сна. Парасомнии у детей встречаются в 10 раз чаще, чем у взрослых и, как правило, исчезают по мере взросления. Снохождение, ночные страхи, энурез, сохраняющиеся или впервые возникшие во взрослом возрасте, требуют исключения эпилептической природы приступов и проведения ПСГ. Еще одним важным поводом для дифференциальной диагностики является стереотипность приступов при эпилепсии и разнообразие их при парасомниях. Чаще всего жалобы на нарушения сна возникают при ночных кошмарах. Данное явление так же, как и бессонница, может отражать реакцию человека на стресс, когда он переживает угрожающую ситуацию в сновидении.

Ночной сон может нарушаться при расстройствах поведения в быстрой фазе сна (РПБС). Пациенты с РПБС

предъявляют жалобы на сноговорение, крики и двигательную активность, нередко агрессивную и травмоопасную для самих пациентов и их близких (связано с содержанием сновидений), с последующим пробуждением. Сами по себе такие жалобы являются высокочувствительным и специфичным фактором диагностики РПБС. При подозрении на сложные парциальные эпилептические приступы со спутанностью сознания показано проведение ПСГ с видеомониторингом. Объективное исследование позволяет выявить, в какой фазе сна развиваются описанные приступы: пробуждения при РПБС происходят в фазе быстрого сна, когда возникают наиболее эмоционально окрашенные сновидения, в то время как эпилептические приступы развиваются в фазе медленного сна.

РПБС, являясь патогномичным симптомом болезни Паркинсона и других синуклеинопатий, появляются за несколько лет до дебюта двигательных нарушений и могут служить предвестниками последующего заболевания. РПБС чаще встречаются у мужчин, дебютируют в возрасте 60–70 лет [18].

Лечение расстройств сна

В лечении инсомнии существуют два подхода: лекарственная терапия и психотерапевтические методики.

Снотворным эффектом обладает большое количество лекарственных препаратов разных классов. При острой инсомнии, когда выраженные нарушения сна связаны с актуальным для человека стрессовым событием, назначается короткий курс снотворных (зопиклон, золпидем, залеплон) или антигистаминных (доксиламин) средств. При сочетании инсомнии с повышенной тревожностью в течение дня, паническими атаками, назначаются анксиолитики (алпразолам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, гидроксизин, алимемазин). При том, что инсомния является состоянием, которое требует пристального внимания специалиста, большинство пациентов, особенно в возрастной категории более 55 лет, предпочитают использовать привычные и доступные способы нормализации сна — применение традиционных препаратов на спиртовой основе, содержащих фенобарбитал. Однако по сравнению со снотворными следующих поколений барбитураты имеют наиболее высокий потенциал развития привыкания и лекарственной зависимости, изменяют естественную структуру сна, оказывают негативный эффект на когнитивные (когнитивная токсичность) и двигательные функции (поведенческая токсичность).

При легких нарушениях сна можно начать терапию с растительных препаратов мяты, валерианы, ноотропов с седативным действием (аминофенилмасляная кислота).

Отдельно стоит отметить самостоятельный класс седативных препаратов, к которому относятся препараты брома — натрия бромид и калия бромид, бромистая камфора. Бромиды начали применяться в медицине очень давно, еще в XIX в. Влияние солей брома на высшую нервную деятельность было детально изучено И. П. Павловым и его учениками при экспериментально вызванных неврозах у собак, а также на здоровых животных. Согласно данным школы И. П. Павлова, основное действие бромидов связано со способностью концентрировать и усиливать процессы торможения в коре головного мозга, восстанавливая нарушенное равновесие между процессами торможения и возбуждения, особенно при повышенной возбудимости

центральной нервной системы. Седативный препарат Доброкам (ОАО «Авексима», Россия) содержит бромистую камфору и рекомендован к назначению при повышенной нервной возбудимости, неврастении, нарушениях сна, кардиалгии, тахикардии, лабильности артериального давления. Назначается Доброкам взрослым и детям старше 7 лет по 1–2 таблетки 2–3 р./день курсом 10–15 дней [19].

Следует отметить, что не существует научных доказательств эффективности препаратов для коррекции нарушений сна при острой инсомнии, поскольку клинические исследования, соответствующие критериям доказательной медицины, в этой нозологической группе не проводились. Лекарственные средства назначаются исходя из физиологических представлений о роли лимбико-ретикулярной системы в организации системного ответа на стрессовое воздействие, который проявляется в т. ч. повышением уровня тревоги, нарушением ночного сна.

Методом выбора при лечении хронической инсомнии согласно клиническим руководствам является когнитивно-поведенческая терапия (уровень доказательности 1А). У пациента с хронической инсомнией формируются ложные (дисфункциональные) представления о сне, которые приводят к нарушению его гигиены (стремление проводить больше времени в постели), ограничительному поведению (уменьшение физической и умственной активности из-за недостаточного сна). Несмотря на то что, по мнению пациентов, такое поведение может способствовать улучшению сна, эффект оказывается обратным, поэтому необходимо разъяснять правила гигиены сна: установить ежедневное время укладывания и подъема, не находиться в постели при отсутствии сонливости, не спать днем. Полезным может оказаться ведение дневника сна, в котором пациент будет отмечать время укладывания и подъема, время засыпания, количество ночных пробуждений и время засыпания после них, время и количество приема лекарственных препаратов, алкоголя, продуктов, содержащих кофеин, физическую активность в течение дня, самочувствие. Психотерапия помогает преодолеть страх и тревогу перед предстоящей мучительной ночью и негативные ассоциации, связанные с временем укладывания и постелью. После купирования основных проявлений инсомнии необходимо подготовить пациента к возможности рецидива бессонницы на фоне очередного стресса.

Проблемой, фактически исключающей применение когнитивно-поведенческой терапии хронической инсомнии в реальной клинической практике, являются необходимость специальной подготовки в этой области и длительность работы с пациентом (стандартная методика лечения инсомнии включает 6 терапевтических сессий). Поэтому чаще всего при хроническом течении инсомнии выбор делается в пользу лекарственных препаратов. Современные снотворные с доказанной эффективностью, которые разрешено применять длительно, в настоящее время в Российской Федерации недоступны. Продолжительность применения ГАМКергических снотворных препаратов ограничена 2–4 нед., после чего, как считается (но не подтверждено клиническими исследованиями), увеличивается риск развития привыкания к этим препаратам.

Снотворным эффектом обладают трициклические антидепрессанты (амитриптилин, пипофезин), четырехциклические антидепрессанты (миансерин, миртазапин), ингибиторы обратного захвата серотонина (тразодон). При хронической инсомнии применяют нейролептики

Таблица 1. Алгоритм диагностики и лечения при жалобах на нарушения сна

Жалоба	Трудности засыпания		Частые ночные пробуждения и поверхностный сон				Ранние утренние пробуждения
С чем связаны жалобы	Тревожные мысли. Невозможность расслабиться	Неприятные ощущения в ногах, потребность двигать ногами	Храп, остановки дыхания во сне. Необходимость сходить в туалет	Повышенная восприимчивость к внешним раздражителям	Кошмарные, неприятные сновидения	Агрессивное поведение, крики, связанные с содержанием сновидений	Повышенная восприимчивость к внешним раздражителям
Дополнительные методы диагностики	Индекс тяжести инсомнии. Питтсбургский индекс качества сна	Международная шкала оценки тяжести синдрома беспокойных ног	ПСГ. Кардиореспираторный мониторинг. Пульсоксиметрия. Эпвортская шкала сонливости. Анкета скрининга синдрома апноэ сна	Индекс тяжести инсомнии. Питтсбургский индекс качества сна	ПСГ с видеомониторингом	ПСГ с видеомониторингом	Индекс тяжести инсомнии. Питтсбургский индекс качества сна
Диагноз	Инсомния	Синдром беспокойных ног	СОАС	Инсомния	Парасомнии (кошмары)	РПБС	Инсомния
Лечение	Острая инсомния: снотворные, седативные. Хроническая инсомния: психотерапия, антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты	Агонисты дофаминовых рецепторов. Антikonвульсанты	Операция на ЛОР-органах. Ротовые аппликаторы. СИПАП-терапия	Острая инсомния: снотворные, анксиолитики. Хроническая инсомния: психотерапия, антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты	Психотерапия. Седативные препараты	Клоназепам. Мелатонин	Острая инсомния: снотворные, седативные. Хроническая инсомния: психотерапия, антидепрессанты, нейролептики, противосудорожные препараты

с седативным действием (хлорпротиксен, кветиапин, алимемазин, клозапин). Снотворный эффект упомянутых препаратов связывают, прежде всего, с блокадой центральных гистаминергических H₁-рецепторов. Также применяют противосудорожные препараты прегабалин и габапентин. Эффективность всех указанных выше препаратов не превышает уровня доказательности 2B.

При СОАС универсальной рекомендацией является снижение массы тела, поскольку 3/4 больных СОАС имеют ожирение. Показано, что снижение веса на 10% в среднем снижает ИАГ на 50%.

СОАС легкой степени или изолированный храп корректируются оперативным путем. В зависимости от особенностей строения гортаноглотки оториноларинголог может назначить проведение увулотомии, тонзиллэктомии или увулопалатофарингопластики. Эффективной считается операция, которая приводит к снижению числа апноэ/гипопноэ на 50%. Особенности строения ротоглотки могут быть компенсированы с помощью ротовых аппликаторов — удерживателей языка, нижнечелюстной шины (капы), внешних расширителей носа, ортезов, поднимающих мягкое небо.

При СОАС средней и тяжелой степени эффект от оперативного вмешательства недостаточен (50% улучшение достигается в 50% случаев). В этой ситуации показана СИПАП-терапия (создание постоянного положительного давления в верхних дыхательных путях) прибором, создающим положительное давление воздуха, при котором верхние дыхательные пути остаются открытыми. Этот способ лечения обладает чрезвычайно высокой эффективностью в отношении симптомов СОАС. Для сохранения эффекта прибор должен применяться регулярно не реже 5 дней в неделю не менее 4-х часов за ночь. При тяжелом апноэ сна, когда необходимо использовать высокие цифры положительного давления воздуха, или при сопутствующей сердечной и дыхательной патологии пациент может испытывать дискомфорт в связи с затруднением выдоха. Для таких ситуаций разработаны приборы БайПАП (с двухуровневым давлением воздуха), в которых можно установить различное давление на вдохе и на выдохе, что обеспечивает лучшую переносимость терапии.

Несмотря на высокую эффективность СИПАП-терапии в отношении симптомов СОАС, снижения риска сердечно-сосудистых и дисгормональных заболеваний и даже снижения веса, пациенты идут на такую терапию неохотно в связи с дискомфортом сна в маске, подключенной к работающему аппарату. Поэтому при выявлении показаний к лечению важно объяснить и наглядно продемонстрировать пациенту, как развиваются нарушения дыхания во сне, как это отражается на всем организме, и рассказать о повышении риска острых и хронических сердечно-сосудистых заболеваний — для повышения приверженности лечению.

Лечение вторичного СБН должно быть направлено на поиск и устранение основного заболевания. Чаще всего это подразумевает восполнение содержания железа в депо при помощи оральных препаратов. При идиопатическом СБН лечение начинается с дофаминотергии в низких дозах с постепенным увеличением (прамипексол, ропинирол) или с габапентина. При недостаточной эффективности назначается леводопа. Положительный эффект оказывает повышение уровня физической активности и ходьбы в течение первой половины дня. Лечение СПДК проводится по такой же схеме, что и лечение СБН.

Лечение большинства парасомний (снохождение, сновидение, конфузионные пробуждения, ночной энурез) обычно не требуется, в возрасте старше 14 лет они практически исчезают. Устранение ночных кошмаров должно проводиться при анализе причин тревожных сновидений с использованием психотерапевтических методик. При тяжело протекающих, дезадаптирующих ночных кошмарах назначаются транквилизаторы, начиная от препаратов лекарственных трав и заканчивая бензодиазепиновыми производными.

Лечение РПБС при отсутствии дневных двигательных расстройств заключается в увеличении глубины сна с помощью седативных препаратов, мелатонина и некоторых антидепрессантов (амитриптилин).

В таблице 1 представлена краткая информация о рассмотренных формах нарушений сна, методах их диагностики и лечения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, жалобы на нарушения сна могут возникать при различных формах патологии сна и требуют проведения дифференциальной диагностики, поскольку неправильно поставленный диагноз может привести к ухудшению течения заболевания. Например, назначение бензодиазепиновых снотворных по поводу нарушения сна при СОАС вызовет усугубление дыхательных расстройств и, как следствие, усиление инсомнических нарушений.

Литература

- Ohayon M. M. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn // *Sleep Medicine Reviews*. 2002. Vol. 6 (2). P.97–111.
- Lichstein K. L., Taylor D. J., McCrae C. S., Petrov M. E. Insomnia: epidemiology and risk factors. In: Kryger M. H., Roth T., Dement W. C. (eds.). *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier. 2016. P.761–768.
- Bixler E. O., Vgontzas A. N., Lin H. M. et al. Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 2001. Vol. 163. P.608–613.
- Morin C. M., LeBlanc M., Bélanger L. et al. Prevalence of insomnia and its treatment in Canada // *Can J Psychiatry*. 2011. Vol. 56 (9). P.540–548.
- Ohayon M. M., Reynolds C. F., III Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM–IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD) // *Sleep Med*. 2009. Vol. 10 (9). P.952–960.
- Monane M. Insomnia in the elderly // *Journal of Clinical Psychiatry*. 1992. Vol. 53 P.23–28.
- Morin C. M. *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press, 1993. 238 p.
- Buysse D. J., Reynolds C. F., Monk T. H. et al. The Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI): a new instrument for psychiatric research and practice // *Psychiatry Res*. 1989. Vol. 28. P.193–213.
- Левин Я.И., Елигулашвили Т.С., Посохов С.И. и др. Фармакотерапия инсомний: роль Имована. в кн.: *Расстройства сна*. Под ред. Ю.А. Александровского, А.М. Вейна. СПб.: Мед. информ. агентство, 1995. С.56–61 [Levin Ja.I., Eligulashvili T.S., Posohov S. I. i dr. *Farmakoterapija insomnij: rol' Imovana // Rasstrojstva sna*. Pod red. Ju.A. Aleksandrovsckogo, A.M. Vejna. SPb.: Med. inform. agentstvo. 1995. S.56–61 (in Russian)].
- Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И. Шкала дисфункциональных убеждений в отношении сна. Учебно-методическое пособие. М.: изд-во МГУ. 2007. 220 с. [Shkala disfunktsional'nykh ubezhdenij v otnoshenii sna. Uchebno-metodicheskoe posobie. Tkhostov A. Sh., Rasskazova E. I. M.: izd-vo MGU. 2007. 220 s. (in Russian)].
- Bixler E. O., Vgontzas A. N., Ten Have T. et al. Effects of age on sleep apnea in men: I. Prevalence and severity // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 1998. Vol. 157. P.144–148.
- Kushida C. A. *Handbook of sleep disorders*. 2nd ed. Informa Healthcare USA, New York, 2009. P.694.
- Вейн А.М., Елигулашвили Т.С., Полуэктов М.Г. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение // Вейн А.М. *Диагностика расстройств дыхания во сне*. М.: Эйдос Медиа, 2002. С.127–138 [Vejn A.M., Eligulashvili T.S., Polujektov M.G. *Sindrom apnoje vo sne i drugie rasstrojstva dyhanija, svjazzannye so snom: klinika, diagnostika, lechenie // Vejn A.M. Diagnostika rasstrojstv dyhanija vo sne*. M.: Jejdos Media, 2002. S.127–138 (in Russian)].
- Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale // *Sleep*. 1991. Vol.14. P. 540–545.
- Allen R. P., Walters A. S., Montplaisir J. et al. Restless legs syndrome prevalence and impact: REST general population study // *Archives of Internal Medicine*. 2005. Vol. 165. P.1286–1292.
- Ковальчук М.О., Калинин А.Л. Синдром беспокойных ног: патогенез, диагностика, лечение. Обзор литературы // *Нервно-мышечные болезни*. 2012. Т.3. С.8–19 [Koval'chuk M.O., Kalinkin A.L. *Sindrom bespokojnyh nog: patogenez, diagnostika, lechenie. Obzor literatury // Nervno-myshechnye bolezni*. 2012. Vol. 3. S.8–19 (in Russian)].
- Сомнология и медицина сна. Национальное руководство памяти А.М. Вейна и Я.И. Левина. Под ред. М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2016. С.414–438 [Somnologija i medicina sna. Nacional'noe rukovodstvo pamjati A. M. Vejna i Ja.I. Levina. Pod red. M. G. Polujektova. M.: Medforum, 2016. S.414–438. (in Russian)].
- Partinen M., Hublin C. Epidemiology of Sleep Disorders In: *Principles and practice of sleep medicine* [edited by] M. H. Kryger, T. Roth, W. C. Dement. 5th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders, 2011.
- Доброкам. Электронный ресурс. URL: <https://avexima.ru/upload/clouds/1/iblock/37d/37d6ddd75d6ac423853e129b99e3c611/f8f00773687ded257dac97e1b383eeb0.pdf>. (Дата обращения: 30.03.18) [Dobroka. Jelektronnyj resurs. URL: <https://avexima.ru/upload/clouds/1/iblock/37d/37d6ddd75d6ac423853e129b99e3c611/f8f00773687ded257dac97e1b383eeb0.pdf>. (Data obrashhenija: 30.03.18) (in Russian)].