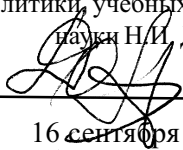


МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

СОГЛАСОВАНО

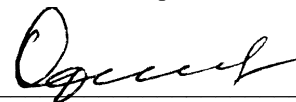
Заместитель начальника
Главного управления кадровой
политики, учебных заведений и
науки Н.И. Доста



16 сентября 1999 г.

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель
министра здравоохранения
В.М. Ореховский



16 сентября 1999 г.

Регистрационный № 78-9907

НАРУШЕНИЯ СНА (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

Минск 1999

Учреждение-разработчик:

Белорусский государственный институт усовершенствования врачей

Автор: канд. мед. наук, доц. И.А. Байкова

Рецензенты: канд. мед. наук, доц. А.А. Головач, д-р мед. наук, проф. Р. А. Евсегнеев

Методические рекомендации содержат информацию о расстройствах сна неорганической природы. Освещены вопросы этиологии, клиники и диагностики нарушений сна. Даны конкретные и подробные стратегии по фармакотерапии и психотерапии бессонницы. Методические рекомендации предназначены для врачей различных специальностей.

Методические рекомендации утверждены Министерством здравоохранения Республики Беларусь в качестве официального документа.

ВВЕДЕНИЕ

Нарушения сна широко распространены: больше трети людей страдают бессонницей или другими расстройствами сна, мешающими ночному отдыху и восстановлению работоспособности.

Сон является одной из основных потребностей человека. Его мозговые механизмы достаточно надежны. В условиях патологии они, несомненно, нарушаются, сон видоизменяется, но никогда не исчезает полностью. Таким образом, использование термина «бессонница» является неточностью и не соответствует современным представлениям о сне. Кроме того, в силу сложившихся культуральных представлений о важности сна, термин «бессонница» обладает высокой ятрогенной значимостью. В связи с этим правильнее говорить о расстройствах сна и бодрствования, которые включают:

1. *Диссомнические нарушения*: первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, т.е. инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон-бодрствование.

2. *Парасомнии*: возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния; в детском возрасте они связаны, в основном, с развитием ребенка, а у взрослых они являются преимущественно психогенными (снохождение, ночные ужасы и кошмары).

Расстройства ночного сна (инсомнические нарушения) всегда являются симптомом первичного заболевания, являясь порой ведущими его проявлениями.

Основные причины инсомнии:

- психофизиологическая (реакция на стрессовые события);
- при неврозах;
- при эндогенных психических заболеваниях;
- при злоупотреблении психотропными средствами и алкоголем;
- при эндокринно-обменных заболеваниях;
- при органических заболеваниях мозга;
- при заболеваниях внутренних органов;
- вследствие синдромов, возникающих в процессе сна (синдром апноэ во сне, двигательные нарушения во сне);
- конституционально обусловленное укорочение длительности сна;
- при изменении привычного цикла сон–бодрствование.

Наиболее частыми причинными факторами, вызывающими нарушение сна, являются тревожные, панические и аффективные расстройства, поэтому в данных рекомендациях мы будем рассматривать расстройства ночного сна психогенной природы.

Выделяют три группы расстройств при нарушении ночного сна:

- пресомнические;

- интрасомнические;
- постсомнические.

Пресомнические нарушения включают трудности засыпания. Это наиболее частая жалоба больных. Затрудненное засыпание сопровождается тревогой, снижением настроения, мыслями о личных проблемах, здоровье и даже смерти.

Интрасомнические расстройства включают в себя ночные пробуждения, трудности засыпания после них и ощущение недостаточно глубокого сна. Причины ночных пробуждений могут быть разделены на внешние и внутренние. К первым относятся звуковые факторы (шум на улице, в квартире). Пробуждения среди сна встречаются и у здоровых людей. У больных встречаются чаще и вызывают длительный период бодрствования, сопровождающийся тягостными переживаниями. К внутренним причинам относятся неприятные, яркие, устрашающие сновидения, ночные страхи и кошмары, различные болевые компоненты, вегетативные расстройства в виде нарушений дыхания, интенсивной тахикардии, позывов к мочеиспусканию.

Недостаточная глубина сна оценивается субъективно и выражается в жалобах больных на неглубокий, чуткий сон, легкость пробуждения и отсутствие отдыха после сна.

К постсомническим нарушениям можно в широком смысле отнести все нарушения, возникающие после сна и продолжающиеся до нового наступления сна. Однако, прежде всего к постсомническим расстройствам относят раннее пробуждение, которое сопровождается астенией, плохим настроением, эмоциональной неустойчивостью. После пробуждения больные медленно достигают необходимого уровня бодрствования, выполняют свои дела в «полусне» и лишь через 15–30 мин ощущают себя окончательно проснувшимися.

О расстройствах сна можно говорить при наличии соответствующих критериев.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ БЕССОННИЦЫ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ ПО МКБ-10 (F51, 0):

- Жалобы на расстройства сна, заключающиеся в трудности засыпания, ночных пробуждениях или плохом качестве сна.
- Расстройство сна отмечается минимум 3 раза в неделю за один месяц.
- Расстройство сна приводит к выраженному дистрессу для личности и препятствует личностному функционированию в повседневной жизни.
- Отсутствует органический фактор (неврологическое или соматическое состояние; расстройство, связанное с употреблением психоактивного вещества или приема препаратов).

Бессонница чаще возникает у женщин, пожилых лиц, в периоды повышения стрессовых влияний и в неблагоприятных социокультуральных условиях. Бессонница может носить рецидивирующий характер, нередко

приводит к чрезмерному страху ее развития и озабоченности ее последствиями («драматизация» бессонницы). Таким образом создается порочный круг с тенденцией к сохранению проблем больного.

СТАДИИ И ФАЗЫ СНА

Электрофизиологически различают 4 стадии сна: от засыпания до глубокого сна. В среднем человеку требуется 15–20 мин для того, чтобы уснуть. В течение следующих 45 мин после засыпания наступают 3 и 4 стадии сна (самый глубокий сон). Примерно через 45 мин после наступления 4 стадии наступает первый период быстрого движения глазных яблок (REM-фаза, rapid eye movements) или быстрый сон. Длительность первого периода REM-сна бывает короткой (6–10 мин), но постепенно периоды удлиняются, повторяясь через 60–90 мин и достигая к утру 30–90 мин. Под утро сон становится более поверхностным. REM-фаза характеризуется десинхронизацией ритмов на ЭЭГ.

У взрослых людей быстрый сон (REM-фаза) занимает от 15 до 20% времени всего сна. В период быстрого сна человек видит сновидения. Тонус мышц (прежде всего лица) особенно сильно снижается в это время. На фоне сниженного мышечного тонуса возникают движения различного характера. У детей — гримасы, судорожные подергивания конечностей. У взрослых появляются подергивания конечностей, резкие движения тела, выразительные движения, отражающие характер сновидений. Пульс дизритмичный, учащается дыхание, повышается артериальное давление. В период быстрого сна усиливается гормональная активность. После REM-сна наступает фаза «медленного» сна, когда на ЭЭГ регистрируются дельта-волны большой амплитуды.

Каждая из фаз сна одинаково важна для индивидуума. Люди, лишенные глубокого (медленного) сна, чувствуют себя разбитыми и подавленными, у них снижается настроение. При лишении быстрого сна (со сновидениями) эта фаза увеличивается в последующие ночи. Однако длительное лишение сна со сновидениями приводит к появлению в состоянии бодрствования раздражительности, агрессивности и тревожности. Важно, чтобы человек в достаточной мере проходил через все фазы сна.

РЕГУЛЯЦИЯ СНА И БОДРСТВОВАНИЯ

Сон является организованным процессом, включающим различные физиологические состояния благодаря сочетанию активного состояния синхронизирующих аппаратов и снижению активности активизирующей восходящей системы. Основные гипногенные нейромедиаторы — ацетилхолин, серотонин, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК). В отделах мозга, где расположены гипногенные аппараты, основной медиатор — ацетилхолин. Разрушение ядер шва в стволе мозга, богатых серотонином, приводит к бессоннице.

Верхние отделы ретикулярной формации ствола мозга и задние отделы гипоталамуса относятся к восходящей активизирующей системе. Раздражение этой системы оказывает пробуждающее воздействие. Существуют активизирующие структуры и в лимбической системе.

Синхронизирующий аппарат задних отделов ствола мозга, структуры в области переднего таламуса и перегородки, а так же некоторые ядра таламуса относятся к гипногенной системе, активация которой определяет длительность и глубину сна.

Эти структуры обеспечивают медленный сон. За быстрый сон отвечают структуры средних отделов ствола мозга (ретикулярные ядра варолиева моста).

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СНА

К факторам, определяющим длительность сна относят: возраст (новорожденные спят 20–22 ч в сутки, юноши — 8–10 ч, после 20 лет — 6–8 ч). Ночной сон пожилых людей укорочен, но суточная продолжительность сна часто увеличена. Нормальная продолжительность сна у взрослого человека колеблется от 4 до 10 ч. Играть роль индивидуальные особенности сна: привычка спать днем, спать много, вести определенный ритм жизни. Внешние факторы и условия окружающей среды тоже влияют на продолжительность сна. Так, умственная и физическая усталость, бездеятельность, внешняя высокая или низкая температура удлиняют сон. Низкий интеллект коррелирует с длительным сном.

РОЛЬ СНОВИДЕНИЙ

Психическая деятельность имеет место всю ночь. В период медленного сна мышление отражает реальные события прошедшего дня, в периоды быстрого сна характер сновидений более яркий, образный, фантастичный. У спящих в периоды сновидений совершается неосознаваемая работа над проблемами и переработка поступившей за день в мозг информации. Все люди видят сны, но не все запоминают. Сны видят каждую ночь, в среднем 4–6 раз. Длительность сновидений в течение ночи 1,5–2 ч. В начале ночи сны более короткие, к концу — продолжительнее.

ЛИШЕНИЕ СНА

В эксперименте лишение сна вызывало у людей эмоциональные колебания, утомление, суетливость, нереальные идеи и ощущения. Через 90 ч бодрствования появляются галлюцинации, через 100 ч — невозможно выполнять умственные задания, к 170 ч появляется деперсонализация, к 200 ч — психомоторное возбуждение. Регистрируются определенные гуморальные и электрофизиологические сдвиги. Физиологические, психологические и биохимические изменения исчезают после 10–14 ч сна.

ОСОБЕННОСТИ ИНСОМНИИ В СИСТЕМЕ ПАТОЛОГИИ ОСНОВНЫХ ЗВЕНЬЕВ СУТОЧНОГО ЦИКЛА (БОДРСТВОВАНИЕ, ЗАСЫПАНИЕ, СОН)

Суточный цикл жизнедеятельности человека представляет собой систему ритмичного взаимодействия психических и соматических процессов. Ритмично чередуются состояния бодрствования и состояния сна, связанные между собой переходными процессами. В связи с этим нарушения сна (инсомнии) всегда влияют на период бодрствования, которое, в свою очередь, во многом определяет процесс засыпания и последующий сон.

Период бодрствования характеризуется наличием сознания и самосознания, адекватной ориентацией во внутреннем состоянии и окружающей обстановке. Уровень бодрствования меняется в зависимости от характера деятельности, времени дня, степени утомления и т.д. Главное условие полноценного уровня бодрствования — достаточная глубина (полнота реализации фаз медленного и быстрого сна) и продолжительность предшествующего сна.

Нарушения в период бодрствования, вызванные инсомнией:

- субъективные ощущения резкой усталости, разбитости, вялости, апатия;
- затруднение мышления, ослабление внимания, сонливость, снижение (отсутствие) работоспособности;
- подавленность, раздражительность с реакциями обиды;
- соматовегетативные нарушения: резь, сухость в глазах, головная боль, сухость и металлический привкус во рту, похолодание конечностей, сальность кожи, снижение аппетита, запоры или жидкий стул, выпадение волос;
- смещение активности и работоспособности во вторую половину дня (запаздывание пиков дневной активности).

Процесс засыпания

В норме процесс засыпания сопровождается приятными чувственными переживаниями, предшествующими моменту засыпания (приятная телесная усталость, пассивность, нежелание думать, двигаться, «сладостная» истома, дремота). Сам момент засыпания и отключение сознания, как правило, неуловим. Спектр ощущений, предшествующих моменту засыпания, более полно выражены у детей и подростков. У взрослых, особенно у людей напряженного умственного труда, эти ощущения могут притупляться и даже исчезать (состояние «проваливания» в сон).

Расстройства процесса засыпания проявляются в виде:

- затруднение или практическая невозможность уснуть, что приводит к «драматизации» бессонницы (фобии и навязчивости, связанные со сном);
- гипнагогические гиперкинезы (внезапные вздрагивания всего тела или частей), которые пробуждают спящего и не дают погрузиться в сон.

Процесс сна характеризуют: глубина, продолжительность, частота пробуждений, восприятие (чувство) сна. Качество ночного сна определяется количеством циклов (не менее 4 за ночь), их полнотой и завершенностью по продолжительности и глубине. От процента наличия быстрого сна зависит ощущение насыщенности и удовлетворенности сном

Нарушение восприятия сна (сомноагнозия) характеризуется:

- субъективное отсутствие сна в течение ночи;
- эмоциональное напряжение, фиксация на недостаточности сна, затруднение засыпания;

- сновидения тревожного содержания;
- навязчивые размышления тревожного характера перед засыпанием и ночью;
- тягость пробуждения, угнетенное состояние.

ТЕРАПИЯ БЕССОННИЦЫ (ИНСОМНИИ)

1 путь — устранение причинных факторов.

2 путь — мероприятия по нормализации сна.

Врачебная тактика:

- на ранних этапах проявления инсомнии особое внимание должно быть обращено на устранение причин, обуславливающих диссомнические проявления;
- при развернутых, достаточно выраженных и длительных инсомниях должны использоваться оба пути;
- при хронических формах, когда актуальность причин инсомний резко уменьшена, доминирующая роль отводится непосредственным воздействиям, направленным на сон.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

1. Воздействие на факторы, вызывающие инсомнии:

- устранение стрессовой ситуации;
- нормализация ритма сон-бодрствование;
- лечение невротических и эндогенных психических расстройств;
- устранение болевого синдрома;
- устранение алкогольной и психотропной зависимости;
- лечение сонных апноэ;
- лечение соматических заболеваний.

2. Принципиальные направления в регуляции сна:

- гигиена сна;
- фармакологическое;
- психотерапевтическое;
- использование физических методов воздействия.

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕГУЛЯЦИИ СНА (ГИГИЕНА СНА)

Каждый день просыпаться в одно и то же время.

Ограничить продолжительность ежедневного пребывания в постели временем, привычным для пациента до возникновения расстройства сна.

Не употреблять вещества, воздействующие на ЦНС (кофеин, никотин, алкоголь, стимуляторы).

Не спать днем (за исключением случаев, когда после дневного сна улучшается сон ночью).

Использовать усложняемую программу физических упражнений по утрам для поддержания хорошего самочувствия.

Избегать возбуждения перед сном: заменить просмотр телепередач легким чтением или прослушиванием радиопрограмм.

Принимать в течение 20 мин перед сном горячую ванну для поднятия температуры тела. В некоторых случаях горячие ванны следует заменить холодными ножными ваннами, холодными ваннами для рук, холодными компрессами на икры или холодными обтираниями.

Регулярно принимать пищу в определенное время: не есть слишком много перед сном. Желательно, чтобы пища содержала углеводы и триптофан (молоко, сыр, мясо, бобовые, яйца, земляные орехи и зеленые овощи).

Не пить много воды перед сном.

По вечерам использовать методики саморасслабления (нервно-мышечная релаксация, медитация, аутотренинг).

Комфортные условия для сна:

- удобная постель, подушка, разные одеяла для спящих в одной постели;
- удобная одежда для сна;
- исключение шума;
- оптимальная температура воздуха.

Сексуальное удовлетворение способствует сну.

Не обдумывать проблемы в постели (уйти в другую комнату, обдумать и записать, затем вернуться).

Проснувшись ночью, не смотреть на часы — просто перевернуться на другой бок и заснуть снова.

ДНЕВНИК СНА

Ведение дневника сна помогает получить необходимую информацию об источнике расстройства сна и часто помогает улучшить сон.

Инструкция пациенту: Раздел II (сон в предыдущую ночь) заполняйте утром, раздел III (как вы чувствовали себя сегодня днем) — вечером и перед отходом ко сну — раздел I (сегодняшние обстоятельства, влияющие на сон).

Под заголовком «События» — записывайте все, заслуживающее внимание в этот день. В «Наблюдениях» пишите все, что, по вашему мнению, имеет отношение к тому, как вы спали предыдущей ночью.

ДНЕВНИК СНА НА НЕДЕЛЮ

Неделя с (дата)	Пн	Вт	Ср	Чт	Пт	Сб	Вс
РАЗДЕЛ I							
Снотворные лекарственные средства, включая время приема и дозу							
Другие принятые лекарственные средства, время и доза							
Упражнения, время и продолжительность							
Алкогольные напитки, время, количество							
Напитки, содержащие кофеин, время, количество							
Сигареты, время, количество							
Ужин, время, меню							
События							
РАЗДЕЛ II							
Время отхода ко сну							
Время, когда вы заснули							
Время каждого пробуждения ночью							
Общее время, потерянное от пробуждений ночью.							
Время, когда проснулись утром							
Время, когда встали с кровати							
Общая продолжительность сна							
Качество сна							
Самочувствие при пробуждении							
РАЗДЕЛ III							
Общее самочувствие на следующий день							
Дремота на следующий день, общая продолжительность							
Наблюдения							

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ БЕССОННИЦЫ

Принципы назначения снотворных средств:

Лечение инсомнии рекомендуется начинать с растительных препаратов или безрецептурных средств. Эти препараты создают наименьшие проблемы для пациентов, легко могут быть отменены в дальнейшем.

Большинство специалистов предпочитают использовать «короткоживущие» препараты, которые не имеют постсомнических проблем, не вызывают вялости и сонливости в период бодрствования, не оказывают влияния на моторные функции. Особенно важно это при лечении людей, которые хотят сохранить профессионально-трудовую активность (амбулаторные больные, работающие на производстве, водители и т.д.).

Длительность назначения снотворных препаратов не должна превышать 3 недели (оптимальный срок — 10–14 дней). За этот период, как правило, не формируется привыкание и зависимость, а так же синдром отмены. В то же время удается воздействовать на причину расстройства.

Пациентам старших возрастных групп снотворные препараты следует назначать в суточной дозе вдвое меньше обычной.

Больным, длительно получающим снотворные препараты, необходимо проводить «лекарственные каникулы».

При назначении лекарственного средства необходимо учитывать доступность лекарства по цене для пациента, его наличие в аптеках и степень известности (доверия) среди врачей и пациентов.

СНОТВОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

1. Растительного происхождения.
2. Барбитураты.
3. Транквилизаторы.
4. Антидепрессанты.
5. Нейролептики.
6. Антигистаминные средства.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ТРАВЫ

Основное показание для приема растительных препаратов — временная бессонница, вызванная разницей во времени, сильным стрессом, травмой, операцией, заболеванием с болевым синдромом.

Основная цель: предотвратить хронизацию бессонницы.

Наиболее широко рекомендуемые лекарственные травы для приготовления успокоительного чая: ромашка, хмель, мята, валериана, мята колосистая, Melissa лимонная, венерин башмачок, зверобой, пустырник.

Транквилизирующий эффект зверобоя наступает через 8–10 дней. Наиболее сильные снотворные субстанции находятся в валериане, хмеле, Melissa.

Чай из валерианы: 1–2 чайные ложки нарезанных корней залить 1/4 л холодной воды и настаивать ночь. Утром помешать, процедить и подогреть до теплого состояния. Принимать 150–200 мл в день.

Чай из цветков хмеля: 2 чайные ложки цветков залить 1/4 л кипятка, настаивать 10 мин, затем процедить. Принимать 2 раза в день по 70–100 мл. Последний прием за 30 мин до сна.

Чай из Melissa: 2 чайные ложки измельченных листьев залить 1/4 л кипятка. Плотно закрыть и настаивать 10 мин. Принимать 2 раза в день по 70–100 мл.

Чай из зверобоя: 2 чайные ложки зверобоя залить 1/4 л кипятка. Настаивать в закрытой посуде 10 мин, процедить. Принимать по 150–200 мл в день.

БАРБИТУРАТЫ

Барбитураты были широко распространены в первой половине 20-го века. В настоящее время имеют ограниченное применение.

Недостатки барбитуратов:

- непродолжительный период эффективного действия на организм (несколько дней);
- изменение структуры сна (подавление быстрой фазы);
- нежелательные побочные эффекты (кошмары, прерывистый сон и т.д.);
- развитие толерантности при многократном применении;
- возможное развитие физической и психологической зависимости;
- неблагоприятный терапевтический индекс (небольшая разница между лечебными и смертельными дозами);
- относительно малые дозы барбитуратов при взаимодействии с алкоголем могут привести к смертельному исходу.

Типичные представители — секонал, нембутал.

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

Бензодиазепины используются для краткого лечения неосложненной бессонницы. Могут быть эффективны на протяжении нескольких недель, хотя более предпочтительно их использование с перерывами.

Основные преимущества:

- длительная эффективность;
- благоприятный терапевтический индекс (широкий диапазон между лечебными и смертельными дозами);
- комплексное воздействие на структуру сна: укорачивают латентную фазу сна, увеличивают продолжительность сна, укорачивают медленный сон, подавляют снохождение и кошмары медленной фазы сна, подавляют поведенческие расстройства на стадии быстрого сна.

Основные недостатки:

- повышение толерантности (через некоторое время перестают оказывать желаемое действие);
- развитие психологической или физической зависимости;
- не устраняется причина, вызывающая расстройство сна;
- возможные побочные эффекты: чувство «похмелья», усталость, сонливость, слабость, расстройство сознания, беспокойство, раздраженность, головокружение, потеря аппетита, нарушения пищеварения, дыхания, деятельности печени и почек, помутнение зрения, кожная сыпь, отрицательное влияние на плод;
- усиление действия алкоголя;
- негативное взаимодействие с другими лекарствами;
- передозировка.

В зависимости от периода полувыведения выделяют:

1. Более 24 ч. Диазепам, элениум, флунитразепам, нитразепам.
2. От 5 до 24 ч. Алпразолам, лоразепам, темазепам.
3. Менее 5 ч. Триазолам, зопиклон.

Период полувыведения более 24 ч:

Диазепам (Diazepam). Синонимы: валиум, сибазон, апаурин, диапам, реланиум, аподиазепам, седуксен.

- Быстрый седативный эффект;
- продолжительное снотворное действие;
- мышечная слабость, атаксия, нарушение координации движений;
- зависимость.

Хлордiazепоксид (Chlordiazepoxid). Синонимы: либриум, хлозепид, напотон, элениум. Период полувыведения 100 ч.

- Действует медленнее
- продолжительный снотворный эффект.

Флунитразепам (Flunitrazepam). Синонимы: рогипнол, флунитразепам-тева, сомнубен.

- Выраженный седативный эффект;
- центральное противосудорожное и миорелаксирующее действие;
- осторожно применять у пожилых (возможно угнетение дыхания);
- снижение внимания в течение суток.

Период полувыведения 5–24 ч

Алпразолам (Alprazolam). Синонимы: ксанакс, кассапан, алзолам, недрол. Период полувыведения 12 ч.

- Мощный терапевтический эффект на симптомы страха, тревоги, депрессии;
- вегетостабилизирующий эффект;
- низкая частота побочных эффектов;
- быстро всасывается;
- хорошая переносимость у пожилых и ослабленных пациентов;
- комплексное влияние на сон;
- использование низких дозировок.

Алпразолам-ретард (ксанакс-ретард). Период полувыведения 12 ч.

- Противотревожное действие в 4 раза превосходит обычный алпразолам;
- достаточно 1–2-кратного приема препарата в сутки;
- обеспечивает более продолжительную и постоянную концентрацию препарата в плазме;
- меньшая частота побочных эффектов;
- снижена опасность формирования зависимости.

Лоразепам (Lorazepam). Синонимы: ативан, аполоразепам, мерлит, теместа.

- Быстро всасывается;
- умеренный снотворный эффект;
- противосудорожная активность;
- возможна сухость во рту, тошнота, атаксия.

Период полувыведения менее 5 ч

Триазолам (Triazolam). Синоним: хальцион.

- Лучшее лекарство при бессоннице в момент засыпания благодаря быстрому поглощению организмом;
- может приниматься перед самым отходом ко сну или даже в середине ночи;
- обеспечивает 5–6 ч сна без ощущения утреннего «похмелья»;
- не накапливается в организме;
- допускает максимально нормальную дневную деятельность, может даже ускорять реакцию в дневное время, когда принимается вечером перед сном;
- быстрая фаза сна откладывается, но по количеству не изменяется;
- безопасен при лечении пожилых и ослабленных пациентов;
- сон может быть не очень глубоким;
- в дневное время может быть беспокойство;
- внезапное прекращение приема может вести к явлениям абстиненции;
- редко может быть нарушение памяти, атаксия.

Другие бензодиазепины

Карбамазепин (финлепсин).

Предпочтителен при нарушениях сна, вызываемых болевым синдромом, при выраженной полиурии (при несахарном диабете).

Средняя лечебная дозировка 600–800 мг/сут.

Клоназепам (антелепсин).

Эффективен при нарушениях сна при экстрапирамидных синдромах, панических атаках, нарушениях ритма сердца, синдроме беспокойных ног, эпилепсии.

Средняя лечебная дозировка 6–8 мг/сут.

НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВЫЕ ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ (ЦИКЛОПИРРОЛОНЫ)

Имован (Imovan). Синоним: зопиклон.

- Структурно отличается от бензодиазепинов и барбитуратов;
- быстро вызывает сон, не уменьшая доли быстрого сна;
- короткий период полувыведения обеспечивает отсутствие кумуляции;

- частый побочный эффект в виде ощущения горького или металлического вкуса во рту;
- может отмечаться сонливость, головокружение, нарушение координации при пробуждении.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Применяемые в небольших дозах антидепрессанты с седативным компонентом действия могут быть снотворными для некоторых пациентов. Антидепрессанты не вызывают привыкания и последующую зависимость.

Возможные побочные эффекты: сухость во рту, учащенное сердцебиение, импотенция, запоры.

Предпочтительно использование антидепрессантов с седативным компонентом действия: флувоксамин (феварин) 100 мг/сут, тримипрамин (петилил, пертофран) 150–300 мг/сут, доксепин (синекван, апонал) 30–150 мг/сут, тразодон (дезерил, триттико) 300–400 мг/сут и миансерин (леривон, миансан) 80–90 мг/сут. Последние (тразодон, миансерин) вызывают минимальные побочные эффекты со стороны вегетативной нервной системы.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

Используются для достижения быстрого седативного эффекта при выраженном чувстве страха, тревоги, сопровождающимся беспокойством и психомоторным возбуждением. Преимущественно назначаются при психозах и реактивных депрессиях.

Недостатки: экстрапирамидные нарушения, сосудистая гипотония, сухость во рту, запоры. У лиц пожилого возраста декомпенсация сердечно-сосудистой системы.

Для коррекции бессонницы чаще используются тизерцин, азалеπτин, аминазин.

АНТИГИСТАМИННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Антигистаминные препараты обладают успокаивающим действием и могут использоваться для лечения бессонницы. Их эффективность зависит от каждого индивидуального случая, но к ним тоже может развиваться зависимость.

Побочные эффекты: головокружение, ухудшение зрения, тошнота, рвота; передозировка может привести к коме и острой сосудистой недостаточности (коллапсу). Чаще всего прибегают к димедролу, супрастину.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Для улучшения сна наиболее часто применяют следующие психотерапевтические воздействия:

Методики релаксации, целью которых является влияние на сон посредством изменения предшествующего состояния бодрствования.

Методики стимуляции контроля, основанные на выработке «ритуалов» сна.

Методика биологической обратной связи, основанная на том, что физиологическая деятельность пациента, в том числе и функция сна, может изменяться при получении информации о ней.

Когнитивная психотерапия, целью которой является замена обеспокоенности по поводу ночного сна с драматизацией последствий длительной бессонницы спокойными, нейтральными мыслями.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СНА. РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ СНОТВОРНЫХ ВЕЩЕСТВ

Препараты	Начальная	Суточная
<i>Транквилизаторы:</i>		
Хальцион (триазолам)	0,125–0,25	0,25–0,5
Ксанакс (алпразолам)	0,5	0,5–1,0
Ксанакс-ретард	0,5	0,5
Флунитразепам (рогипнол)	0,5–1	1–2
Нитразепам (радедорм)	2,5–5	10
Имован (зопиклон)	3,75–7,5	7,5–15
Диазепам (сибазон, реланиум)	5	5–15
Элениум (хлосепид)	5–10	10–30
<i>Антидепрессанты:</i>		
Флувоксамин (феварин)	50	100
Тримипрамин (петилил, пертофран)	25 10–30	150–300 30–50
Доксепин (синекван, апонал)	200	300–600
Тразодон (дезерил, триттико)	30	60–90
Леривон (миансерин, миансан)		
<i>Барбитураты</i>		
Барбитал-натрий (мединал, веронал)	300 10–50	300–750 50–150
Фенобарбитал (люминал, дорминал)		
<i>Нейролептики</i>		
Тизерцин (метотримепразин)	25	25–50
Азалептин (лепонекс, клозапин)	25	25–50
Аминазин (хлорпромазин)	25	25–50

Группа бензодиазепинов наиболее соответствует современным концепциям лечения. Однако и здесь существуют определенные проблемы: препараты с длительным, более 15 ч, периодом полувыведения (дiazепам, радедорм, рогипнол, эстазолам) могут существенно модифицировать физиологию сна, ведут к возникновению

ряда постсомнических расстройств (вялость, головокружение, днем сонливость и т.п.), требуют постоянного увеличения суточной дозы, порой сопровождаются синдромом отмены, привыкания и зависимости. Поэтому предпочтение следует отдавать снотворным с коротким (до 6 ч) и средним периодом действия (5–15 ч).

Клинические исследования показывают, в случае впервые выявленных нарушений сна и отсутствии эффекта от неспецифических мер воздействия, целесообразно назначить на 2–3 дня короткоживущий транквилизатор, например, хальцион в дозе 0,125–0,25 мг (1/2–1 таблетка). Затем сделать отмену, ибо в большинстве случаев легкие нарушения сна купируются. В случае продолжающихся проблем со сном, продолжить прием хальциона до 10–14 дней (этого курса, как правило, достаточно для лечения неосложненной бессонницы).

МЕТОДИКИ РЕЛАКСАЦИИ

Нервно-мышечная релаксация (по Джекобсону)

Пациент последовательно выполняет упражнения по напряжению различных групп мышц (снизу вверх или наоборот). При этом концентрирует внимание на ощущениях напряжения и расслабления.

Инструкция для пациента:

1. Лягте на ковер (кровать), закройте глаза и расслабьтесь. Примите решение, с каких мышц начать, например, с мышц стопы.
2. Сделайте глубокий вдох, выпуская воздух из легких, представьте себе, что вместе с ним освобождаетесь от напряжения.
3. Далее, на несколько секунд напрягите мышцы стопы, затем расслабьте их. Вдохните воздух, считая до десяти, и медленно выдохните, концентрируясь на ощущениях в расслабленных мышцах. Думайте о разнице ощущений в мышцах в напряженном и расслабленном состояниях.
4. Повторите этапы 2-й и 3-й еще по три раза.
5. Далее включайте в работу мышцы ступней, голеней, бедер, живота, спины, плеч, предплечий, кистей, шеи, лица. Старайтесь сохранять отрешенность от посторонних мыслей.

Занимайтесь нервно-мышечной релаксацией 3 раза в день: утром после пробуждения, днем и вечером перед засыпанием.

Медитация

Существует немало способов медитации, при нарушениях сна можно предложить следующее:

1. Выбрать спокойное место, где бы ничто вас не отвлекало. Отыщите объект для концентрации внимания. Это может быть точка на стене, слово, звук или фраза, повторяемая про себя. Можно просто сконцентрироваться на дыхании.
2. Поудобнее сядьте на пол или на стул. Делая вдох, сконцентрируйтесь на ощущении своего вдоха и последующего выдоха, осознавая это чувство, когда вдыхаете воздух и выдыхаете, не замедляйте дыхание и не ускоряйте его — просто ощущайте процесс дыхания.

3. Постарайтесь освободиться от всех мыслей. Если это плохо удастся, воспользуйтесь объектом, на котором вы фокусировали внимание, чтобы сконцентрироваться снова.

Занимайтесь медитацией 1–2 раза в день, с длительностью сеанса 15–30 мин.

Аутогенная тренировка (по Дж. Шульцу)

В основе аутотренинга — использование внушающих (суггестивных) слов и фраз вроде: «я чувствую себя спокойным» или «я испытываю ощущение тяжести», чтобы таким образом убедить свой организм расслабиться.

Подготовительные упражнения (в позе сидя, полулежа или лежа на спине):

1. Сделайте подряд несколько медленных вдохов-выдохов с задержкой на выдохе до 30–40 с, пока не появится желание дышать обычным ритмом дыхания.

2. Последовательное сосредоточение на своем теле с целью ощутить возможные участки напряжения и неудобства с целью их устранения.

3. Смотреть при закрытых глазах в одну бесконечно далекую точку на сером или голубом фоне.

4. Последовательное расслабление мышц сверху вниз, вызываемое ощущением сначала тяжести, а затем тепла в теле.

В результате реализации этих упражнений наступает глубокое мышечное расслабление всего тела и создаются благоприятные условия для проведения лечебных самовнушений.

Примерный текст самовнушений:

«Все тело ленивое — думать не хочется — двигаться лень — веки тяжелые — все безразлично — одолевает пассивность — хочется отдыхать — спокойствие и лень наполняют тело — мысли уходят — все безразлично — я растворяюсь в отдыхе и покое — и т.д.»

Можно переключиться с «физических» слов на «образные», всякий раз концентрируя мысли и внимание на них, заставляя напряжение слабеть.

«Физические» слова: тяжелый, теплый, расслабленный, мои ноги становятся тяжелее, мое тело ощущает тепло.

«Образные» слова: спокойствие, спокойный, я чувствую себя спокойным, мне хочется спать, я скоро усну.

Пациент может экспериментировать со словами и выбрать наиболее подходящие для него.

МЕТОДИКИ СТИМУЛЯЦИИ КОНТРОЛЯ

Стимуляция ощущений засыпания (по Мировскому К.И.)

1. Принять удобную позу (сидя, полулежа).

2. Прочувствовать ее, довести до возможно удобного положения.

3. Сосредоточиться на себе, представить себя как что-то цельное, непроницаемое для посторонних раздражителей. Осознать мысли, настроение, степень напряжения в различных частях тела (лицо, голова, шея, живот, руки и т.д.).

4. Последовательное расслабление мышц сверху вниз. Для этого необходимо сосредоточиться на мышцах, почувствовать их и расслабить в следующей последовательности: лоб, наружные мышцы глаз, внутренние мышцы глаз, мышцы век, языка, подъязычные, мышцы нижней челюсти, шеи. При этом челюсть вяло отвисает, рот слегка приоткрывается («маска релаксации»). Настроить дыхание: «имитировать» сонный ритм.

5. Периодически повторять «лицо расслаблено, дыхание сонное» (этим достигается поддержание релаксации). Далее расслабление распространить ниже на другие части тела: правая рука, левая рука, мышцы живота, правая нога, левая нога (сосредоточиться, прочувствовать, расслабить). Постепенно все тело расслабляется. Создается чувство вялости, пассивности, отрешенности (имитация засыпания).

6. Самовнушение ощущений, характерных для засыпания.

Примерные формулы самовнушения:

Все тело ленивое — думать не хочется — двигаться лень — веки тяжелые — все безразлично — одолевает пассивность — хочется отдыхать — спокойствие и лень наполняют тело — мысли отодвинулись — мысли растекаются — мысли безразличны — все отдыхает и т.д. (черточки в тексте обозначают паузу).

При выполнении этих упражнений пациент должен иметь установку не спать, а отдыхать.

Репетиция сна (по Мировскому К.И.)

Для дополнительного углубления релаксации внутренних глубоких мышц, особенно мягкого неба, гортани (участвующих в образовании храпа при глубоком сне) рекомендуются следующие вспомогательные приемы:

1. На выдохе произносить звук «ы», затем медленно нараспев звук «кх», можно их чередовать.
2. Поддерживать дыхание в «сонном ритме».
3. Имитация сновидений (рекомендуется вспоминать картинки, ландшафты, приятные события и т.д., относясь к ним как к сновидениям).

Пациенту рекомендуется с каждым сеансом вживаться в роль и образ глубоко спящего человека, творчески воспроизводить состояние, свойственное глубокому сну, настолько, что при наблюдении его со стороны не было бы сомнения, что этот человек спит очень глубоко. Если уснуть долго не удастся — встать, почитать. Затем лечь и снова приступить к выполнению вышеуказанных приемов.

Углубленное расслабление (по Бираху А.)

1. Лягте на спину и начинайте поэтапно расслаблять мышцы, представляйте себе то, что говорите в мыслях: «Мышцы моего лба становятся расслабленными... Мышцы на щеках становятся мягкими... и т.д.». Думайте о верхней части рук и нижней, о спине, ногах и ступнях ног.

2. После приятного расслабления подышите 2–3 мин в тройном ритме (вдох, выдох и дыхательные паузы должны быть равновелики). При каждом вдохе представляйте себе, что грудь опускается все ниже и ниже, и что все ваше тело медленно растекается как каша.

Дополнительно хорошо представить, что воздух вытекает из ноздрей, как в морозный день, медленно, равномерно струится белый пар. Хорошо, если представите себе, что парите в воздухе или вас медленно несет теплая вода.

3. После этого добейтесь непроизвольного закрывания глаз. Для этого сконцентрируйте свое внимание на точке на потолке немного позади вас. Не отводите от нее глаз, и вскоре вы почувствуете, как ваши веки становятся все тяжелее и тяжелее. Не закрывайте глаза произвольно, дождитесь, пока они закроются сами по себе.

4. А теперь представьте, что огромный колпак защищает вас от всего, что может мешать вашему сну. В этот момент важны только вы и ваше здоровье. Позвольте себе это.

5. Скажите себе в мыслях: «Я устал и хочу спать. Мне так хорошо в этой постели, что я сейчас же засну. Я проспую, не просыпаясь до ... часов. Когда я проснусь, буду чувствовать себя свежим и выспавшимся, полный энергии и желая трудиться пойду на работу».

Если до сих пор вы спали до трех часов утра, дайте команду спать в следующую ночь до четырех. Через несколько дней запрограммируйте себя до пяти часов и т.д.

ГИПНОТИЧЕСКИЕ ВНУШЕНИЯ ДЛЯ СНЯТИЯ ДРАМАТИЗАЦИИ БЕССОННИЦЫ

Внушение можно использовать в гипнозе, проводимом врачом, а так же в самогипнозе (в таком случае измените «Вы» на «Я»). Заниматься самогипнозом лучше в начале дня, задолго до отхода ко сну.

1. Внушение отдыха: «Вы можете подготовить себе спокойный, крепкий сон, так же, как Вы планируете все свои дела. Строительство сложного сооружения требует больших затрат энергии, вот Вы и направляете все свои силы на строительство места отдыха в своем уме».

Мысленно представьте себе со всеми деталями проект загородного дома. Опишите его себе, представьте, в какой цвет Вы окрасите стены, какими цветами украсите свой сад, как они благоухают, таким образом вся ваша энергия будет отвлечена на создание условий отдыха и снятия напряжения.

2. Внушение контроля над временем сна: «В течение дня Вы направляете все свои действия. Когда Вы голодны, Вы принимаете пищу; если тело затекло, Вы разминаетесь, идете туда, куда Вам нужно в данный момент. Точно так же Вы можете контролировать свое тело во сне. В ночное время Ваше сознание управляет теми же процессами, что и в дневное. Вы можете уснуть и проснуться отдохнувшим с такой же легкостью как Вы водите машину или управляетесь с едой».

3. Внушение контроля над пробуждениями: «В жизни Вы многое можете сделать от начала до конца без всяких перерывов. Не глуша мотора Вы добираетесь от работы до дома или смотрите фильм, не отрываясь от экрана. Точно так же Вы скоро сможете спать без всяких перерывов с ночи до утра, пусть это произойдет не сразу. Пройдет несколько дней или недель, а возможно сон наладится даже раньше, чем Вы ожидаете. Так же, как Вы делаете без перерыва свои будничные дела, и спать Вы будете без пробуждений».

4. Представить в воображении часы, отсчитывающие минуты безмятежного сна.
5. Представить в воображении, как Вы просыпаетесь свежим и отдохнувшим.
6. Постгипнотические установки на сон: выбрать несколько действий, ассоциирующиеся с подготовкой ко сну, которые могут служить постгипнотическими сигналами.

Необходимо перечислить в трансе все, что делает пациент, готовясь ко сну. «...Вот Вы, утомленные заботами дня, позевываете, глаза смыкаются, Вас клонит ко сну... Вы ложитесь, закрываете глаза и засыпаете... Как приятно, когда погружаешься в безмятежный, глубокий сон... Как правило, во сне температура тела слегка понижается... Представьте, как ваше тело овеивает приятная прохлада... Вот Вам еще один сигнал, что пора засыпать... По сравнению с бодрствующим состоянием, во сне показатели основных функций организма изменяются, Вы научитесь управлять ими, проследив за дыханием перед сном, дыхание должно быть спокойным и размеренным, сердцебиение замедленным. Так Вы подготовите себя ко сну».

«Вы замечаете, что когда Вы чистите на ночь зубы, Вы одновременно очищаете свой ум от тревоги, забот и напряжений»....

«Вы снимаете халат и вешаете его на крючок. Вам кажется, что к нему прилепились все Ваши проблемы, беспокойства и дневные хлопоты. Вот они висят, как ярлыки, своя бумажка для каждой неприятности. Шрифт такой мелкий, что ничего не разобрать, но ярлыков так много, что Вы ощущаете тяжесть халата. Вместе с ним Вы сбрасываете все то, что мешает Вам спать, халат висит в шкафу, а вместе с ним и Ваши заботы. Пусть все подождет до утра, сейчас Вы спокойно заснете».

7. Постгипнотические музыкальные и другие сигналы: любимые мелодии, чтение, просмотр телевизионных передач.

8. Снотворная прогулка: в течение дня выберите время и походите по квартире 5–10 мин. Ходьба поможет дать выход любым эмоциям, которые Вас переполняют. Все следует прочувствовать на ходу — злость, печаль, разочарование, обиду, крушение надежд и т.д. Такие прогулки следует совершать в течение нескольких недель. Затем можно перейти к воображаемым прогулкам в трансе (самогипнозе). Однако желательно не прекращать прогулки наяву, так как они дают выход физической активности.

Дайте мыслям свободно блуждать, пусть Вам в голову приходят самые абсурдные идеи. Запишите в дневнике самые интересные.

9. Проигрывание конфликтных ситуаций в трансе (самогипнозе) в аллегорической форме. Действующими лицами становятся животные, насекомые или рыбы. Необходимо разрешить героям «драмы» максимальное эмоциональное отреагирование.

10. Терапия испытанием по М.Эриксону.

В трансе дается постгипнотическая установка, в соответствии с которой пациент при бессоннице встает и начинает заниматься каким-либо малоинтересным делом, например, оттаиванием холодильника, мытьем машины,

мытьем пола и т.д. Постгипнотическое внушение должно включать следующие условия: если человек изрядно утомился, он должен прекратить свое занятие и вернуться в постель. Выбирая занятие, нужно ориентироваться на те, которые всегда откладываются «на потом».

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Пациентам подробно рассказывают о процессе сна, о влиянии жизненных стрессов и эмоциональных состояний на сон. Больные учатся распознавать причины своих расстройств, отслеживают внутренние иррациональные тревожные мысли, сопровождающие нарушения сна, обучаются переориентировать свои эмоции и мысли с тревожных на спокойные и расслабляющие. Психотерапия не изменяет тревожную жизненную ситуацию, но она помогает людям понять ее, осознать свою роль, учит как справляться с трудностями. В беседе с пациентом можно использовать материалы данного издания.

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

В процессе биологической обратной связи пациент учится контролировать определенные бессознательные физиологические реакции, такие, как дыхание или температура, для того, чтобы подготовить организм ко сну. С помощью специального электронного оборудования пациент узнает, каковы его исходные функции, их уровень, затем учится изменять их. Таким образом приобретает способность изменять поведение и физиологические функции, что ведет к глубокому и освежающему сну.

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ

Терапия электросном

Воздействие токов низкой частоты на ЦНС вызывает состояние очень близкое к нормальному сну. К больному подключают аппарат электросна: электроды в виде очков накладываются на закрытые веки и за ушами. В спокойном, по возможности затемненном помещении пациент располагается на удобной постели. Сеансы длятся от 20 до 40 мин, хотя могут быть увеличены и до 2 ч. В большинстве случаев наибольший успех наблюдается после 10–15 сеансов. Возможно сочетание с электрофорезом ионов брома, магния, спокойной музыкой и др.

Светотерапия

При нарушениях суточного цикла сон-бодрствование можно использовать воздействие света для «отрегулирования» внутренних ритмов и нормального режима сна.

При светотерапии комната освещается неярким светом, имитирующим восход и заход солнца, когда нужно вставать или ложиться спать. Источник света моделирует циклы естественного солнечного освещения, внушая желание уснуть во время «заката» (когда освещение становится тусклым), и будит от сна, пробуждая к бодрствованию при «восходе» солнца (когда сила света увеличивается).

Водные процедуры:

- хвойные, валериановые, иодобромные общие ванны за 2 ч до сна при t 38 С продолжительностью 20–25 мин;
- ножные горячие ванны («полусапожки») за 35–40 мин до сна при t 39–41 С продолжительностью 15–20 мин.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расстройства сна являются в настоящее время одним из самых распространенных синдромов, обусловленных разнообразными причинами. Большинство нарушений сна возникает в связи с тревожными, паническими и аффективными расстройствами.

Методические рекомендации содержат подробную информацию о расстройствах сна неорганической природы, а также практические советы по их лечению. Некоторые расстройства сна могут быть значительно ослаблены, а иногда и предупреждены изменениями в гигиене сна и использованием определенных методов поведения. Для лечения более серьезных нарушений сна необходим точный диагноз и этиопатогенетическая терапия. Специфика нарушений сна требует, чтобы лечебное воздействие совпадало с их основными проявлениями по времени, т.е. перед сном. Это возможно только в том случае, если больной обучен и владеет психотерапевтическими приемами, способствующими засыпанию и последующему сну. В связи с этим большое место отведено приемам самовоздействия, освоение которых осуществляется под руководством врача, или обученной медицинской сестры.

Лечение нарушений сна, как правило, всегда представляет комплекс терапевтических мероприятий (фармакотерапия, психотерапия, физические методы), наиболее адекватных особенностям больного в каждом конкретном случае.