

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения России

Кафедра нервных болезней с курсом ПО

Зав. Кафедрой: д.м.н, профессор Прокопенко С.В.

Реферат на тему:

«Инсомния»

Выполнила:  
ординатор 2 года обучения  
кафедры нервных болезней с курсом ПО  
специальности 31.08.42 Неврология  
Грачева К.А.

Красноярск  
2023

## *Оглавление*

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| I. Введение .....                | 3  |
| II. Эпидемиология инсомнии ..... | 3  |
| III. Клиническая картина .....   | 4  |
| IV. Диагностика.....             | 8  |
| V. Лечение .....                 | 8  |
| VI. Список литературы .....      | 11 |

## **I. Введение**

Инсомния (бессонница) представляет собой клинический синдром, который характеризуется жалобами на расстройство ночного сна (трудности инициации, поддержания сна или пробуждение раньше желаемого времени) и связанные с этим нарушения в период дневного бодрствования, возникающие, даже когда времени и условий для сна достаточно. В таком понимании распространенность инсомнии в общей популяции оценивается в 9- 15%. Кроме высокой распространенности, клиническое значение инсомнии также определяется негативным влиянием, которое она оказывает на социальные аспекты, показатели экономической деятельности и состояние здоровья человека. Снижение производительности труда у больных инсомнией связано не столько с феноменом отсутствия на рабочем месте (абсентеизмом), сколько со снижением производительности труда из-за продолжения работы во время болезни (феномен презентеизма).

При этом экономические потери во втором случае оказываются даже более высокими – они определяют 79% от всех потерь. Показано, что ежегодные расходы на медицинскую помощь у людей с инсомнией на 26% превышают таковые у людей без нее. Как само это состояние, так и лечение снотворными препаратами, сопровождаются повышением риска дорожнотранспортных происшествий (в первом случае – в 3 раза). Важной представляется высокая коморбидность инсомнии с различными заболеваниями: частота выявления ишемической болезни сердца у больных инсомнией выше в 2 раза, болезней урогенитальной сферы – в 3 раза, неврологических заболеваний – в 4,6 раза.

## **II. Эпидемиология инсомнии**

Значения распространенности инсомнии могут варьировать в значительных пределах, так как сильно зависят от способа опроса. При использовании в качестве критерия наличия инсомнии положительного ответа на вопрос «Довольны ли Вы своим сном?» или подобных ему, 8-18% респондентов отвечают утвердительно. При добавлении вопроса о наличии сопутствующих нарушений дневного бодрствования, в такой инсомния форме выявляется в 9-15% случаев. При использовании наиболее строгого критерия инсомнии из классификации психических расстройств DSM-IV распространенность этого состояния в общей популяции оценивается в 4-6%.

В отечественном исследовании распространенности инсомнии, проводившемся среди городского и сельского населения Чувашской республики в 2011 г., 20% респондентов ответили утвердительно на вопрос о наличии у них частых или постоянных нарушений сна. В исследовании распространенности инсомнии у мужчин среднего возраста, проведенном в 1994 г., доля лиц, считавших свой сон «плохим» и «очень плохим», составила 8,7%. Женщины страдают инсомнией в 1,5 раза чаще мужчин. Это преобладание сохраняется во всех возрастных группах, включая детей.

С возрастом частота выявления инсомнии увеличивается, так с каждым десятилетием жизни она увеличивается на 10%. В отечественном исследовании распространенность частых или постоянных нарушений сна в популяции лиц в возрасте 60-94 лет составила 32,9%. Состояния, коморбидные инсомнии, присутствуют в общей популяции в 80-90% случаев. Наиболее тесной является связь инсомнии с психическими расстройствами – около 50% больных депрессивными или тревожными расстройствами имеют симптомы инсомнии. Из других заболеваний отмечается тесная ассоциация инсомнии с неврологическими заболеваниями (отношение шансов составило 4,64); респираторными заболеваниями (3,78) и болезнями пищеварительного тракта (3,33).

К факторам риска развития инсомнии относят определенные особенности личности (нейротизм, интернализация, перфекционизм, социальная интроверсия, низкий уровень притязаний). Сменный характер производственной деятельности также предрасполагает к развитию инсомнии.

### **III. Клиническая картина**

Выделяют две основные клинические формы инсомнии - хроническую и острую. Временной границей для дифференциации этих двух форм является срок 3 мес. При невозможности определить давность расстройства ставится диагноз неуточненного инсомнического расстройства.

*Таблица 1. Классификация инсомнии по течению.*

| Виды инсомнии         | Давность    |
|-----------------------|-------------|
| Острая инсомния       | До 3 мес    |
| Хроническая инсомния  | Более 3 мес |
| Инсомния неуточненная | Неизвестно  |

Острая инсомния является самым распространенным расстройством сна в общей популяции. Заболеваемость острой инсомнией составляет 15-20% в год, иными словами, она возникает почти у каждого пятого человека. Тем не менее серьезной клинической проблемой острая инсомния не является, так как обычно разрешается при прекращении действия причинного фактора, и к врачам такие пациенты не успевают обратиться.

Переходы из 1-й и 2-й стадий в I цикле сна в бодрствование. Нередко засыпание игнорируется, и все время, проведенное в постели, наутро представляется пациентам как сплошное бодрствование. Количественным критерием наличия пресомнического расстройства при инсомнии является продолжительность засыпания, превышающая 30 мин.

Распространенность хронической инсомнии в общей популяции составляет 6-10%. Она в 1,5 раза чаще встречается у женщин, чем у мужчин. У пожилых людей после 75 лет частота выявления этого состояния удваивается по сравнению с лицами среднего возраста, при этом половая диспропорция нивелируется. При психических заболеваниях или хронических болевых синдромах сон нарушается в 50-75% случаев. Вероятно, существует генетическая предрасположенность к инсомнии - после исключения влияния факторов возраста, пола, рабочего расписания и психических нарушений семейные факторы оказываются ответственными за 37% случаев возникновения расстройств сна, связанных со стрессом.

Инсомния является независимым фактором риска депрессии (повышение риска в 4 раза), тревожных расстройств, злоупотребления лекарственными препаратами и алкоголем, а также случаев суицида.

Основные проявления инсомнии - наличие частых повторяющихся трудностей инициации или поддержания сна. Инсомния может проявляться интра- и постсомническими нарушениями.

*Пресомнические нарушения* — это трудности начала сна, при этом наиболее частой жалобой являются трудности засыпания; при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну, а также «боязнь постели» и страх ненаступления сна. Возникающее желание спать улетучивается, как только больные оказываются в постели, возникают тягостные мысли и воспоминания, усиливается двигательная активность в стремлении найти удобную позу. Наступающая дремота прерывается малейшим звуком, физиологическими миоклониями. Если засыпание у здорового человека происходит в течение нескольких минут (3-20 мин), то у больных оно затягивается до 120 мин и более.

При полисомнографическом исследовании этих пациентов отмечается значительное удлинение времени засыпания, частые переходы из 1-й и 2-й стадий в I цикле сна в бодрствование. Нередко засыпание игнорируется, и все время, проведенное в постели, наутро представляется пациентам как сплошное бодрствование.

Количественным критерием наличия пресомнического расстройства при инсомнии является продолжительность засыпания, превышающая 30 мин.

*Интрасомнические расстройства* включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть. Пробуждения обусловлены как внешними (прежде всего шумом), так и внутренними факторами (боли, позывы к мочеиспусканию, вегетативные сдвиги). Все эти стимулы могут пробуждать и здоровых людей, обладающих хорошим сном. У больных инсомнией порог пробуждения резко снижен, и процесс засыпания затруднен, после эпизода пробуждения засыпание оказывается еще более осложненным. Снижение порога пробуждения в значительной степени обусловлено недостаточной глубиной сна. Полисомнографическими коррелятами этих ощущений являются увеличенная представленность поверхностных стадий (1-я и 2-я стадии медленного сна), частые пробуждения, длительные периоды бодрствования внутри сна, редукция дельта-сна, увеличение двигательной активности. Количественным критерием интрасомнического расстройства является продолжительность времени

бодрствования в период сна (время от момента засыпания до утреннего пробуждения) более 30 мин.

*Постсомнигеские* расстройства (возникающие после окончательного пробуждения) характеризуются ранним (преждевременным) утренним пробуждением с невозможностью последующего засыпания. Частым триггером такого эпизода является предутренний поход в туалетную комнату. Проблемой ранние утренние пробуждения становятся в том случае, когда это приводит к сокращению общего времени сна до 6,5 ч и ниже.

В феноменологию инсомнии также входят общая неудовлетворенность ночным сном, чуткий сон, отсутствие освежающего эффекта ночного сна, а также нарушения дневного бодрствования, которые являются следствием расстройства ночного сна.

*Таблица 2. Дневные проявления инсомнии*

| № | Симптомы                                                                                    |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Усталость                                                                                   |
| 2 | Снижение внимания или ухудшение памяти                                                      |
| 3 | Ухудшение социального, семейного, профессионального или учебного функционирования           |
| 4 | Расстройство настроения, раздражительность                                                  |
| 5 | Дневная сонливость                                                                          |
| 6 | Поведенческие проблемы: гиперактивность, импульсивность, агрессивность (в детском возрасте) |
| 7 | Снижение уровня мотивации, энергии, инициативности                                          |
| 8 | Беспокойство или неудовлетворенность сном                                                   |

В соответствии с преобладающим паттерном расстройства сна и сопутствующими психологическими особенностями ранее выделяли 9 клинических форм инсомнии. В текущей классификации нозологическую структуру инсомнии упростили, так как проявления различных форм этого расстройства могут сочетаться. Кроме этого, в настоящее время принята единая концепция инсомнии как расстройства мозговой гиперактивации, независимо от ее типа. Поэтому по

преобладанию того или иного признака выделяют следующие подтипы хронической инсомнии.

*Психофизиологическая инсомния* характеризуется повышением уровня соматизированного напряжения и беспокойством пациента в отношении имеющихся у него расстройств сна. Данное нарушение может начаться внезапно, в связи с провоцирующим событием, или развиваться медленно, в течение нескольких лет. Для больных этой формой инсомнии характерна заикленность на своем сне. Они считают, что недостаточное количество сна может стать причиной большинства проблем на следующий день, приводить к развитию усталости и снижению работоспособности. У них формируется боязнь постели: к вечеру, когда приходит время ложиться, возникает предвосхищение неудачи, что усиливает соматизированное напряжение и еще больше препятствует засыпанию. В результате формируется стойкая ассоциация развития инсомнии с местом, отведенным для сна.

*Идиопатическая инсомния* определяется как форма инсомнии, присутствующая у пациента практически на протяжении всей жизни. Начинается это расстройство в раннем детстве или в школьные годы и течет без периодов улучшения. Диагноз идиопатической инсомнии ставится при исключении других расстройств сна.

*Парадоксальная инсомния* отличается от других форм тем, что пациент предъявляет жалобы на выраженное расстройство сна и ухудшение дневного самочувствия, не соответствующие объективной картине сна. При проведении полисомнографического исследования обычно выявляется не менее чем 50% расхождение между продолжительностью сна по собственному ощущению пациента и объективными данными.

*Нарушение гигиены сна* является частой причиной расстройств сна детей, подростков и пожилых людей. Несоблюдение правил гигиены сна включает, например, нерегулярное время укладывания, дневные засыпания, употребление алкоголя, кофеина, никотина перед сном, физическое и/или умственное перенапряжение и т.д. При следовании правилам гигиены сон улучшается.

*Детская поведенческая инсомния* характеризуется зависимостью засыпания ребенка от определенных условий - укачивания на руках, кормления, присутствия родителей в непосредственной близости. Наиболее характерным проявлением этого типа расстройства сна являются частые ночные пробуждения с требованием подхода родителей, взятия на руки и укачивания или кормления. У более старших детей это расстройство проявляется синдромом зова из-за двери, когда ребенок, не согласный со временем укладывания, находит различные поводы, чтобы продлить общение.

*Инсомния при психических расстройствах* является одним из симптомов психического заболевания. Обычно нарушения сна возникают с дебютом болезни и утяжеляются по мере прогрессирования. В данном случае инсомния является самостоятельной мишенью для лечения, если она является одним из симптомов, определяющих тяжесть состояния больного.

*Инсомния при болезнях внутренних органов* сопровождается различными соматическими или неврологическими заболеваниями. Бывает сложно разграничить, чем

стало нарушение сна: следствием нозогенной реакции или непосредственным проявлением основного заболевания. Только в некоторых случаях, когда дисфункция внутренних органов непосредственно приводит к нарушению сна (ночной ГЭР, болевые синдромы, ночное нарушение сердечного ритма) можно быть однозначно в этом уверенным.

*Инсомния при приеме лекарственных или других препаратов* возникает как на фоне приема, так и после отмены некоторых субстанций. Развитию этой формы инсомнии способствует широкое применение в качестве снотворных бензодиазепинов с широким спектром терапевтического действия и длительным периодом полувыведения. Также можно наблюдать случаи развития зависимости от приема комплексных препаратов, содержащих производные барбитуровой кислоты в качестве снотворных (например, валокордина). Большинство больных этой формой инсомнии являются пожилыми людьми, не способными самостоятельно перенести абстиненцию при отмене препарата. Действие алкоголя на сон также рассматривается в рамках этой формы инсомнии.

#### **IV. Диагностика**

Диагностика базируется на данных клинического обследования. Вначале определяется соответствие расстройства у пациента синдромальным критериям инсомнии: наличие нарушений процесса сна, неподходящих для сна условий, влияние нарушений ночного сна на дневную деятельность. Уточняется форма инсомнии по течению (острая или хроническая). Больше всего сложностей возникает при уточнении клинического подтипа этого нарушения сна - здесь наряду с подробным сбором анамнеза важную роль играет выявление психопатологического синдрома: тревоги, депрессии, личностных расстройств. Стандартизации подхода помогает применение специализированных опросников: Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы депрессии Бека, шкалы тревоги Спилбергера. Уточнить нарушения гигиены сна и некорректные представления о сне позволяют шкалы с соответствующими названиями. Для оценки выраженности расстройства сна используют индекс тяжести инсомнии.

В некоторых случаях для уточнения паттерна нарушения сна и соблюдения пациентом правил гигиены сна требуется проведение актиграфии - регистрации двигательной активности в течение нескольких суток при помощи носимого монитора в виде наручных часов. В зависимости от интенсивности двигательной активности и уровня освещенности прибор выделяет периоды сна и бодрствования.

Проведение полисомнографического исследования требуется при подозрении на парадоксальную инсомнию (когда представление пациента о времени сна значительно расходится с объективными данными) и для исключения других причин инсомнических жалоб (СОАС, СБН и др.).

#### **V. Лечение**

Поскольку инсомния представляет собой не заболевание, а клинический синдром, в первую очередь следует уточнить и по возможности устранить причинный фактор. Это бывает возможно при инсомниях вторичного характера, когда известно основное заболевание: психическое расстройство, заболевание внутренних органов, прием лекарственных средств или лекарственная зависимость. По данным В. Aroll с соавт. (2012), в общей клинической практике наиболее часто инсомнические жалобы ассоциированы с депрессией (50%), тревогой (48%) и соматическими заболеваниями (43%). В связи с этим при инсомниях вторичного характера часто назначают антидепрессанты. Предпочтение отдается препаратам с седативным действием (амитриптилин, тразодон, миансерин). Улучшение состояния больного, например с тревожным расстройством, сопровождается нормализацией сна и при назначении неседативных препаратов, относящихся к группе СИОЗС, например циталопрама или сертралина. Однако их клинически значимый эффект развивается в течение 2-3 нед, поэтому на этот период для скорейшего достижения нормализации сна показано временное назначение снотворных препаратов или транквилизаторов (тактика «бензодиазепинового моста», или бензодиазепиновой премедикации). При соматических заболеваниях, являющихся причиной развития нарушений сна, лечебная тактика более специфична и зависит от пораженного органа и ведущего синдрома (болевой синдром при остеоартрозе, ГЭР и т.д.).

Лечение некоторых подтипов хронической инсомнии первичного характера в первую очередь требует четкого следования соответствующим правилам гигиены сна.

*Таблица 3. Правила гигиены сна.*

- |   |                                                                                                                                                             |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Соблюдать режим сна и бодрствования: ложиться спать и вставать в одно и то же время                                                                         |
| 2 | Перед укладыванием в постель ограничить объем умственной и физической активности                                                                            |
| 3 | Не принимать перед сном стимулирующие и нарушающие сон препараты (кофеин, кола, алкоголь), не курить                                                        |
| 4 | Не переедать перед сном                                                                                                                                     |
| 5 | Обеспечить комфортные условия в месте для сна: минимальный уровень освещенности, шума, умеренную температуру воздуха, удобные матрац и подушку              |
| 6 | После укладывания в постели не заниматься умственной или физической деятельностью (чтением, просмотром телепередач), за исключением сексуальной активности. |

Следует отметить, что следование правилам гигиены сна должно использоваться при всех видах инсомнии и относится к неспецифическим методам лечения этого расстройства.

При парадоксальной инсомнии наиболее эффективным методом лечения является когнитивно-поведенческая терапия, направленная на устранение ошибочных, дисфункциональных представлений о собственном сне (примеры таких представлений - «я не сплю многие годы», «из-за того что я не сплю, я не могу работать», «чтобы хоть немного поспать, нужно больше времени проводить в постели»). Когнитивно-поведенческая терапия может быть использована при многих формах инсомнии, при этом следует учитывать, что причинные психологические факторы трудно отделить от провоцирующих и поддерживающих.

Популярными остаются релаксационные техники (аутотренинг, счет овец и др.) и методика, направленная на снижение уровня внешней и внутренней стимуляции (пациенту рекомендуют не ложиться спать, если не хочется; не смотреть ночью на часы, вставать утром в определенное время). В итоге достигается снижение уровня тревоги и соматизированного напряжения и уменьшается церебральная гиперактивация, которая является главным фактором развития инсомнии.

Применение снотворных препаратов (гипнотиков) является чисто *симптоматическим* подходом в лечении инсомнии. При острой инсомнии кратковременное назначение снотворных препаратов оправданно, поскольку позволяет обеспечить полноценный сон, который сам по себе является фактором защиты от неблагоприятных жизненных обстоятельств (межличностного конфликта, болезни, изменения обстановки и др.). В качестве снотворных применяют производные барбитуровой кислоты, бензодиазепина и средства другой химической структуры.

Препаратами выбора при лечении инсомний являются небензодиазепиновые агонисты ГАМКА-рецепторного комплекса, так называемые Z-препараты: зопиклон, золпидем и залеплон. Их эффективность в лечении нарушений сна хорошо доказана. Для них характерен более низкий потенциал развития привыкания и зависимости, чем при приеме бензодиазепинов. Другим подходом к фармакотерапии инсомнии является применение блокаторов мозговых активирующих систем, в частности гистаминовой (при помощи антагониста H1-рецепторов доксиламина). Третьим подходом является использование препаратов мелатонина, влияющих на амплитуду и фазу биологических ритмов, в том числе и цикла «сон-бодрствование». Эффективность традиционно применяемых при нарушениях сна сборов седативных трав не доказана, то же справедливо и в отношении аппаратных методик улучшения сна (электросон, релаксирующая музыка, чрескожная электростимуляция).

Таблица 4. Основные группы препаратов, используемые при лечении инсомнии

| МНН*                   | Доза, мг | Химическая группа | Тда ч |
|------------------------|----------|-------------------|-------|
| Зопиклон<br>(Zopiclon) | 7,5      | Циклопирролоны    | 3,5-6 |

|                            |          |                    |                 |
|----------------------------|----------|--------------------|-----------------|
| Золпидем<br>(Zolpidem)     | 10       | Имидазопиридины    | 2,5             |
| Залеплон<br>(Zaleplon)     | 10       | Пиразолопиперидины | 1               |
| Клоназепам<br>(Clonazepam) | 2        | Бензодиазепины     | 18-50           |
| Нитразепам<br>(Nitrazepam) | 10       | Бензодиазепины     | 16-48           |
| Феназепам<br>(Phenazepam)  | 1        | Бензодиазепины     | 6-18            |
| Доксиламин<br>(Doxylamin)  | 10       | Этаноламин         | 10              |
| Мелатонин<br>(Melatonin)   | 3<br>2** | Индоламин          | 35-50 мин 3,5** |

\* Международное непатентованное название.

\*\* Для препарата мелатонин с замедленным высвобождением.

## **VI. Список литературы**

1. Ковальзон В.М. Основы сомнологии. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2011. 240 с.
2. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левина и М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013. 432 с.

3. Schutte-Rodin S., Broch L., Buysse D., Dorsey C., Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults // J. Clin. Sleep. Med. 2008. Vol. 4, N 5. P. 487-504.

4. Левин Я.И. Инсомния: клинический опыт применения золпидема (Санвал). Неврол. нейропсихиатр. психосом. 2010; 3: 87–91. / Levin Ia.I. Insomniia: klinicheskii opyt primeneniia zolpidema (Sanval). Nevrol. neiropsikhiatr. psikhosom. 2010; 3: 87–91.

5. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Психология здоровья населения в России. Новосибирск: СО РАМН, 2002; с. 359. / Gafarov V.V., Pak V.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V. Psikhologiya zdorov'ia naseleniia v Rossii. Novosibirsk: SO RAMN, 2002; s. 359.

6. Федорова Н.В., Никитина А.В., Губанова Е.В. Роль мелатонина в терапии первичных нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона. Consilium Medicum. Неврология и Ревматология (Прил.). 2012; 2: 69–72. /