

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Белорусская медицинская академия
последипломного образования

Кафедра психотерапии и медицинской психологии

И.А. Байкова

***БЕССОННИЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ
ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА***

Учебно - методическое пособие

Минск БелМАПО
2015

УДК616.8-009.836.14 (075.9)

ББК 56.1я73

Б 18

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования,
протокол № 3 от 03.04. 2015г.

Автор:

Байкова Ирина Анатольевна, зав. кафедрой психотерапии и медицинской психологии, к м н, врач высшей квалификационной категории, доцент;

Рецензенты:

кафедра психиатрии и медицинской психологии БГМУ
главный внештатный специалист по психотерапии комитета по здравоохранению Мингорисполкома, заместитель главного врача по пограничной психиатрии УЗ «ГПНД», кандидат медицинских наук **Давидовский Сергей Владимирович**

Байкова И.А.

Б 18

Бессонница на амбулаторном приеме врача-терапевта: учеб.-метод. пособие /Байкова И.А. Минск.: БелМАПО, 2015. – 29 с.

ISBN 978-985-499-907-4

В учебно-методическом пособии описаны виды нарушений сна, основные причины бессонниц; даны рекомендации для осуществления диагностики; рассмотрены подходы к лечению, как психофармакологического лечения, так и психотерапевтического аспекта лечения; также рассматриваются практически значимые вопросы правил использования гипнотиков.

Предназначено для врачей-терапевтов и врачей всех специальностей.

УДК616.8-009.836.14 (075.9)

ББК 56.1я73

ISBN 978-985-499-907-4

© Байкова И.А., 2015

© Оформление БелМАПО, 2015

Введение

Периодически испытывают бессонницу около трети взрослых людей, около 10-15% - страдают хронической бессонницей [1, 2, 6, 7, 21]. Бессонница (инсомния) – признак множества заболеваний. В подавляющем большинстве случаев бессонница – это сигнал приближения, либо наличия какого-то заболевания [12]. В амбулаторной практике до 80% всех бессонниц имеют вторичный генез (в основе бессонницы лежат различные заболевания внутренних органов) и требуют различных подходов к их лечению [8]. Около 75% проблем со сном связано с психическими расстройствами, чаще всего с депрессиями, тревожными расстройствами и алкогольной зависимостью. Около 15% пациентов с нарушениями сна страдают вследствие склонности реагировать на стресс развитием напряжения, препятствующему наступлению сна [1, 2, 3, 4, 6, 8].

Распространенность

По данным ряда эпидемиологических исследований распространенность нарушений сна отмечается у трети всех лиц старше 65 лет. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства [2, 3, 9].

Изучение распространенности нарушений сна в амбулаторной практике врачей-терапевтов в республике Беларусь показало следующие результаты [1]. В ходе исследования, в котором приняли участие 150 врачей из разных регионов Республики Беларусь, было проанализировано 3682 анкет пациентов с соматической патологией, обратившиеся в поликлинику к врачу терапевту. Нарушения сна были выявлены у 58,1% пациентов с соматической патологией, при этом у 42% пациентов нарушения сна отмечались более 3 раз в неделю. Отмечено, что у мужчин и женщин наблюдаются аналогичные тенденции в отношении частоты нарушения сна, достоверной зависимости частоты нарушений сна от пола не было выявлено. Увеличение частоты всех видов нарушения сна происходит с возрастом. В возрастных группах до 40 лет превалирует затрудненное засыпание (до 44,5 % пациентов), после 40 лет учащаются жалобы на прерывистый сон (29,2% пациентов), после 50 лет чаще всего отмечаются все виды нарушений сна (37,5% пациентов). В качестве причинного фактора связь нарушений сна со стрессовыми ситуациями отмечали 57,5% обследованных, при этом установлено, что мужчины и женщины одинаково часто реагируют нарушениями сна на стресс. Выявлено, что наиболее часто проблемы нарушенного сна отмечаются у пациентов с сердечно-сосудистой патологией (78,9%), неврологической патологией (68,6%), пациентов с аллергическими проявлениями и другими нарушениями иммунитета (65,6%).

Определение и классификация

Согласно Международной классификации болезней (МКБ 10) для определения расстройств сна используется термин «бессонница», который понятен для пациентов.

По Международной классификации расстройств сна (2 пересмотр) для постановки диагноза бессонницы необходимо наличие одного или более критериев [14]:

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

Расстройства сна обычно заключаются в инсомнии (трудности засыпания или поддержания нормального течения сна), иногда – избыточной сонливости, а также поведенческих отклонениях и двигательных феноменах, возникающих во время сна. Необходимо учитывать продолжительность симптомов, а также определять факторы, которые провоцируют, декомпенсируют или сглаживают проявление и течение заболевания [5, 10].

Клинические проявления бессонницы

Бессонницу характеризует степень выраженности:

- пресомнических нарушений (нарушения засыпания);

- интрасомнических нарушений (нарушение продолжительности и глубины сна);
- постсомнических нарушений (нарушения в быстроте и времени пробуждения).

Пресомнические нарушения включают трудности засыпания. Это наиболее частая жалоба больных. Затрудненное засыпание сопровождается тревогой, снижением настроения, мыслями о личных проблемах, здоровье и даже смерти. *Трудности засыпания* могут быть связаны с синдромом задержки фазы сна (тип сова), сменой часовых поясов (перелеты на восток), синдромом беспокойных ног. Наиболее частой причиной пресомнических нарушений можно назвать разнообразные тревожные состояния.

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 синдромы, вегетативные расстройства в виде нарушений дыхания, интенсивной тахикардии, позывов к мочеиспусканию. Интрасомнические расстройства часто связаны с синдромом обструктивного апноэ сна, а также синдромом беспокойных ног.

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 наступления нового сна. Однако прежде всего к постсомническим расстройствам относят ранние пробуждения, которые сопровождаются невозможностью повторного засыпания, астенией, плохим настроением, эмоциональной неустойчивостью. После пробуждения больные медленно достигают необходимого уровня бодрствования, выполняют свои дела в «полусне» и лишь через 15-30 минут ощущают себя окончательно проснувшимися.

К наиболее частым причинам проблем с ранним пробуждением можно отнести депрессию, зависимость от психоактивных веществ/алкоголя. Раннее пробуждение также может быть следствием синдрома раннего наступления фазы сна (тип жаворонок) и смены часовых поясов при перелетах на запад.

По течению выделяют острые (длительностью менее 3 недель) и хронические (длительностью более 3 недель) нарушения сна.

Бессонница длительностью менее одной недели определяется как **транзиторная или ситуационная**. Как правило, такая бессонница связана с какими-либо эмоциональными переживаниями (острый стресс) или переменами в жизни больного, сменой часовых поясов. Транзиторная бессонница часто возникает на фоне острого соматического заболевания. Такая форма бессонницы, как правило, не требует особого лечения, а нарушения сна бесследно исчезают после прекращения действия на человека психологических факторов либо устранения соматических проблем, ставших причиной бессонницы.

Кратковременная бессонница длится от 1 до 4 недель. При этой форме бессонницы нарушения сна носят более выраженный характер, а последствия бессонницы для всего организма более значительны. Причинами кратковременной бессонницы может быть продолжающийся стресс, сохраняющееся нарушение режима сна и бодрствования, соматическое заболевание, а также появление тенденции к хронизации бессонницы.

При этой форме бессонницы рекомендуется обратиться к врачу и проконсультироваться на счет возможных причин бессонницы, а также относительно методов ее лечения.

Хроническая бессонница длится более 4 недель. При этом симптомы бессонницы должны отмечаться 3 или более раз в неделю. Как правило, для этой формы заболевания характерно выраженное патологическое изменение субъективного отношения больного ко сну, а также наличие различных соматических/психологических факторов, предрасполагающих к развитию этого нарушения. Частыми причинами хронической бессонницы являются злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами, различные соматические, неврологические и психические заболевания. Хроническая бессонница может быть следствием синдрома обструктивного апноэ сна, а также синдрома беспокойных ног.

Лечение этой формы бессонницы требует обязательного вмешательства специалистов и не допускает самолечения.

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

Частые соматические и неврологические причины вторичной бессонницы [3]:

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

**АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ ПАЦИЕНТА С БЕССОННИЦЕЙ:
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ****Шаг 1**

Уточнить первичный или вторичный генез бессонницы и принять решение о назначении лечения или направлении к другим специалистам.

Опрос пациента следует проводить по стандартной методике (**Приложение 1**). Стандартизация опроса существенно экономит время и минимизирует возможность диагностических ошибок даже в условиях короткого амбулаторного приема [3].

В общетерапевтической практике до 80% всех бессонниц являются вторичными [2, 3, 6, 8]. Наиболее частые и клинически значимые причины вторичной бессонницы:

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

Суммарно указанные расстройства выявляются приблизительно у 60% всех пациентов, обращающихся на амбулаторный прием к терапевту по поводу бессонницы.

Депрессивное состояние

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

Для начального выявления (скрининга) депрессии целесообразно задать пациенту четыре простых вопроса, для чего достаточно 1-2 минут [8].

Обнаруживаете ли Вы у себя:

- *потерю энергии, усталость, бессилие?*
- *потерю интереса к жизни?*
- *отсутствие чувства уверенности в себе?*
- *чувство безнадежности?*

Если пациент дал на них хотя бы один положительный ответ, необходимо проверить, соответствует ли состояние пациента диагностическими критериям депрессивного эпизода по МКБ-10 [12]. Если в результате расспроса обнаруживается, что состояние пациента отвечает диагностическими критериям депрессивного эпизода любой степени тяжести – значит, необходимо начинать лечение.

Тревожное состояние

Как правило, пациенты жалуются на трудности с засыпанием. Тревога может быть как ситуационно-обусловленной (на фоне стресса), так и не имеющей внешних причин (эндогенная). Основными симптомами тревожно-

го состояния являются чувство внутреннего напряжения, взвинченность, нервозность, сердцебиение, покалывания в области сердца, ощущение комка в горле, ощущение неудовлетворенности вдохом. Часто пациенты жалуются на тремор или дрожь, парестезии, страх смерти, страх сойти с ума или потерять контроль, появляются чувства, что предметы нереальны (дереализация) или что собственное Я отделилось или "по настоящему находится не здесь" (деперсонализация).

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

Синдром обструктивного апноэ сна

Около 30% всего взрослого населения постоянно храпит во сне. Храп является предвестником и одним из основных клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС) - состояния, характеризующегося наличием храпа, периодическим спадением верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращением легочной вентиляции при сохраняющихся дыхательных усилиях, снижением уровня кислорода крови, грубой фрагментацией сна и избыточной дневной сонливостью [6].

В клинической практике можно использовать достаточно простое скрининговое правило, с помощью которого можно заподозрить СОАС и назначить дополнительное обследование [3]:

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

1. Указания на остановки дыхания во сне.
2. Указания на громкий или прерывистый храп.
3. Повышенная дневная сонливость.
4. Учащенное ночное мочеиспускание.
5. Длительное нарушение ночного сна (> 6 месяцев).
6. Артериальная гипертензия (особенно ночная и утренняя).
7. Ожирение 2-4 ст.

Вероятность апноэ сна очень высока (30-50%) у пациентов со следующими соматическими диагнозами [3, 11, 16, 17, 21]:

- Ожирение 2 степени и выше (индекс массы тела ≥ 35)
- Метаболический синдром
- Пиквикский синдром
- Артериальная гипертензия 2 степени и выше
- Сердечные брадиаритмии в ночное время
- Сердечная недостаточность 2 степени и выше
- ХОБЛ тяжелого течения (ОФВ1 <50%)

- Дыхательная недостаточность 2 степени и выше
- Легочное сердце
- Гипотиреоз.

Хроническая ночная гипоксемия и соннозависимая дыхательная недостаточность

Хроническая ночная гипоксемия развивается на фоне альвеолярной гиповентиляции, обусловленной такими заболеваниями, как тяжелая хроническая обструктивная болезнь легких, эмфизема легких, бронхиальная астма, нейромышечные заболевания, морбидные формы ожирения (Пиквикский синдром). Ухудшение состояния в ночное время обусловлено исключением из акта дыхания межреберных мышц, снижением экскурсии диафрагмы, увеличением бронхиального сопротивления во время сна. Ночная гипоксемия проявляется следующими симптомами [3]:

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

В случае подозрения на синдром обструктивного апноэ сна или хроническую ночную гипоксемию пациент должен быть направлен в специализированный сомнологический центр для проведения полисомнографии, уточнения диагноза и назначения специфического лечения, включающего применение неинвазивной вспомогательной вентиляции легких постоянным положительным давлением (CPAP-терапия) или кислородного концентратора.

Синдром беспокойных ног

Синдром беспокойных ног (СБН) – неврологическое заболевание, проявляющееся неприятными ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью преимущественно в покое или во время сна. Основные проявления заболевания следующие [3]:

1. **Неприятные ощущения в ногах.** Обычно они описываются как ползание мурашек, дрожь, покалывание, жжение, подергивание, шевеление под кожей и т. д. Иногда человеку сложно точно описать характер ощущений, но они всегда бывают крайне неприятными. Эти ощущения возникают в

бедрах, голеньях, стопах и волнообразно усиливаются каждые 5 – 30 секунд.

2. **Ухудшение в покое.** Наиболее характерным и необычным проявлением заболевания является усиление неприятных ощущений и необходимость двигать ногами в покое. Ухудшение обычно отмечается в положении сидя или лежа и особенно при засыпании.
3. **Улучшение при движении.** Симптомы значительно ослабевают или исчезают при движении. Наилучший эффект чаще всего оказывает обычная ходьба или просто стояние.
4. **Связь со временем суток.** Симптоматика значительно усиливается в вечернее время и в первую половину ночи (между 18 часами вечера и 4 часами утра). Перед рассветом симптомы ослабевают и могут исчезнуть вообще в первую половину дня.
5. **Движения конечностей во сне.** Во время сна отмечаются периодические непроизвольные движения нижних конечностей через каждые 5 – 40 секунд.
6. **Заболевание часто сопровождается бессонницей.** Больные жалуются на проблемы с засыпанием и беспокойный ночной сон с частыми пробуждениями. Хроническая бессонница может приводить к выраженной дневной сонливости и другим проблемам, связанным с длительным нарушением сна.

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

Прием психоактивных веществ (кофеин, алкоголь) и лекарств

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

Медикаменты и психоактивные вещества, вызывающие бессонницу [3]

Категория	Примеры
Антидепрессанты	Ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин, флувоксамин), ингибиторы моноаминоксидазы бупропион
Стимуляторы	Кофеин, метилфенидат, амфетамин, эфедрин и дериваты, кокаин.
Деконгестанты	Фенилэфрин, фенилпропаноламин, псевдоэфедрин.
Наркотические анальгетики	Оксикодон, кодеин, пропоксифен

Сердечно-сосудистые	Бета-блокаторы, агонисты и антагонисты альфа рецепторов, диуретики, липидснижающие препараты
Легочные	Теофиллин, албутерол.
Алкоголь, никотин	

Шаг 2

Предоставить пациентам рекомендации по гигиене сна и поведенческой когнитивной терапии бессонницы

При принятии врачом решения о самостоятельном лечении пациента с бессонницей, необходимо всегда предоставлять пациенту рекомендации (желательно в письменном виде) по гигиене сна (**Приложение 3**) и немедикаментозному лечению бессонницы (**Приложение 4**). При настроенности пациента на немедикаментозное лечение бессонницы, эффективность поведенческих техник сравнима с применением гипнотиков [20].

Шаг 3

Лекарственная терапия бессонницы. Выбор конкретного препарата

Знания врача о принципах назначения снотворных средств и особенностях фармакологии конкретного препарата обеспечивают рациональное эффективное и безопасное применение этих препаратов.

Базовые принципы назначения снотворных препаратов

- Выписывая снотворные средства, врач *обязан полностью информировать больного обо всех преимуществах и недостатках данного вида терапии*
- Повторное назначение снотворных препаратов (при обязательном соблюдении перерыва в назначении не менее 1 недели) *осуществляется только после повторной клинической оценки его состояния.*
- Риск *формирования психологической и физической зависимости* снижается при назначении минимальных дозировок и соблюдении ограничения длительности приема
- Не рекомендуется назначать снотворные средства *при бессоннице, возникающей на фоне болевого синдрома*, за исключением тех случаев, когда она продолжается после купирования боли анальгетиками.
- Врач должен собрать информацию об опыте приема больным *нерецептурных лекарств.*
- Больных, *страдающих судорожными приступами*, следует предупреждать об опасности резкого прекращения приема снотворных средств

Противопоказания и особые указания

- Не следует назначать гипнотики при беременности и лактации, детям до 15 лет, при повышенной чувствительности к препарату.

- Пациенты пожилого возраста, больные с печеночной или почечной недостаточностью начинают прием снотворных с половинных доз;
- Отмену лечения проводят с постепенным снижением доз и/или с увеличением интервалов между дозами.
- Во время лечения следует воздерживаться от употребления алкоголя и других ингибиторов ЦНС, а также избегать потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстрой реакции, например, управления автомобилем.

При выборе конкретного препарата рекомендуется учитывать следующие факторы [23, 24]:

- Характер симптомов
- Цели лечения
- Эффективность предшествующего лечения
- Предпочтения пациента
- Цену
- Доступность других методов лечения
- Наличие коморбидных состояний
- Противопоказания
- Взаимодействия с другими принимаемыми пациентом лекарствами
- Побочные эффекты

Длительность приема одного снотворного не должна превышать 3 недель, а при сохраняющейся бессоннице следует назначать снотворное другой фармакологической группы. За этот период, как правило, не формируется привыкание и зависимость, а также 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».

Острые нарушения сна лечатся успешно за более короткий срок. Чем больше «стаж» бессонницы, тем более упорной и длительной будет терапия. При назначении лекарственного средства необходимо учитывать доступность лекарства по цене для пациента, его наличие в аптеках и степень известности (доверия) среди врачей и пациентов.

Отсутствие нормализации сна в течение **1-2 недель** при соблюдении режима приема снотворного препарата может свидетельствовать о скрытом соматическом или психическом заболевании, для выяснения характера которого следует провести тщательное обследование.

Важно отметить, что нормализация сна у больных с сопутствующей соматической патологией, в том числе и у пожилых, приводит к положительным сдвигам в отношении основного заболевания. Так, коррекция нарушений сна у пациентов с артериальной гипертензией, приводит к нормализации суточных ритмов АД, что является показателем уменьшения риска развития острых сосудистых нарушений, снижения уровня поражения органов-мишеней и, в свою очередь, улучшает прогноз жизни данной категории больных [11].

В международных рекомендациях **«Клинические рекомендации по диагностике и лечению хронической бессонницы у взрослых»** [23] даются следующие советы по выбору методов фармакотерапии у пациентов с первичной бессонницей:

- Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов (например, зопиклон (*соннат*), золпидем (*ивадал*), залеплон (*анданте*) или коротко- или среднедействующие бензодиазепины* (например, темазепам (*сигнопам*), лоразепем (лорафен).
- Антидепрессанты с седативным эффектом, особенно в случае сочетания бессонницы с сопутствующей тревогой/депрессией: trazодон, амитриптилин, миртазапин.
- Комбинированное лечение небензодиазепиновыми агонистами бензодиазепиновых рецепторов или рамелтеоном (агонистом мелатониновых рецепторов) и антидепрессантами с седативным эффектом.
- Другие препараты, обладающие седативным эффектом: противоэpileптические (габапентин) и атипичные антипсихотики (кветиапин (*сероквель*), оланзапин (*зипрекса*).

* - короткодействующие – период полувыведения до 6 часов, среднедействующие – 6-12 часов

При необходимости длительного применения снотворных препаратов целесообразно применять методики прерывистого назначения снотворных, минимизирующие риск развития лекарственной зависимости [3]:

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

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

Стандартное прерывистое лечение:

1. Лечение проводится стандартными курсами по 2-3 недели с последующим перерывом в 2-3 недели.

2. Во время перерыва основной упор делается на немедикаментозное лечение бессонницы.

Контролируемое прерывистое лечение в соответствии с потребностью пациента:

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

Основным способом фармакотерапии бессонницы сегодня является назначение **небензодиазепиновых снотворных препаратов**, относящихся к классу циклопирролонов и имидазопиридинов (Z-группа), эти препараты наиболее полно отвечают требованиям, предъявляемым к идеальному снотворному.

Гипнотики Z-группы (зопиклон, золпидем, залеплон) в наименьшей степени влияют на респираторную функцию, не ухудшают параметры дыхания и не влияют на показатели насыщения крови кислородом во сне у пациентов с храпом [22], в значительно меньшей степени ухудшают способность управлять автомобилем [25].

Зопиклон (имован, соннат):

- период полувыведения 5-6 часов;
- взаимодействует с ГАМК-комплексом, связывается только с рецепторами ЦНС;
- оптимальная терапевтическая доза – 7,5 мг; передозировка зопиклона относительно безопасна;
- быстро вызывает сон, не уменьшая доли быстрого сна;
- короткий период полувыведения обеспечивает отсутствие кумуляции.

Указанные преимущества препаратов Z-группы привели к существенному изменению предпочтений врачей и пациентов в отношении гипнотиков. Так, в Великобритании, согласно данным специального опроса, около 80% врачей общей практики предпочитают именно «Z» -препараты по сравнению с бензодиазепинами и рассматривают их как средства первой линии терапии при различных формах бессонницы [23].

Применение этих препаратов особенно показано в тех случаях, когда дефицит времени или ресурсов на поликлиническом приеме не позволяет в

полной мере оценить состояние пациента и выявить все возможные противопоказания к назначению гипнотиков [24].

Бензодиазепины (БЗД)

БЗД быстро снимают тревожные симптомы и являются неплохими снотворными препаратами на недолгое время. Однако препараты этого ряда при длительном применении теряют свою гипнотическую эффективность и, кроме того, потенцируют действие алкоголя. Самым неприятным последствием приема БЗД является формирование лекарственной зависимости. Применение БЗД оправдано для симптоматического лечения обратимой и непродолжительной бессонницы. Обычно они не рекомендуются для продолжительного лечения больных с хронической бессонницей или больных, страдающих ночными апноэ. Бензодиазепины также **противопоказаны** у пациентов с хроническим нарушением легочной функции, обусловленным ХОБЛ и другой легочной патологией. В то же время небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов (зопиклон, золпидем), не оказывают существенного отрицательного эффекта на легочную функцию у пациентов с легкой или умеренной степенью тяжести ХОБЛ [17].

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: тримипрамин (петилил, пертофран) 150-300 мг/сутки, доксепин (синекван, апонал) 30-150 мг/сутки, тразодон (триттико) 50-150 мг/сутки и мirtазапин (ремерон) 15-45мг/сутки (см. Приложение 6).

Итак, **ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА** при временной и непродолжительной бессоннице (до 4-6 недель): начинают со снотворных небензодиазепинов (например, зопиклон (соннат) (на 2-4 недели) или бензодиазепинов и одновременно может быть назначена поведенческая терапия.

Если наблюдается недостаточная реакция при лечении фармпрепаратами – основным методом воздействия становится психотерапия, которая включает: поведенческие методы – соблюдение правил режима сна (гигиена сна); контроль времени сна, парадоксальное намерение.

При хронической бессоннице (длительность 7-12 недель) начинают с поведенческой терапии с/без седативными антидепрессантами (например,

тразодон, доксепин, амитриптилин). Если наблюдается недостаточная реакция – используется комбинация поведенческой терапии с периодическим назначением гипнотиков (небензодиазепинов либо бензодиазепинов).

Психотерапевтические методы

Для улучшения сна наиболее часто применяют следующие психотерапевтические воздействия (Приложение 4):

- Терапия контроля раздражителя – устранение отрицательных условных рефлексов, связанных со сном. Спальня должна ассоциироваться со сном.
- Релаксационная терапия – уменьшение возбудимости и тревожности пациента.
- «Настройка» циркадных ритмов – регулярный цикл «сон/бодрствование», использование света для синхронизации биологических ритмов.
- Терапия ограничением сна заключается в попытках сократить общее время пребывания в постели по отношению к истинной продолжительности сна с целью обеспечения более глубокого и стабильного сна. Необходимо стремиться, чтобы фактическое время сна составляло 80-90% времени пребывания в постели.
- Парадоксальное намерение направлено на поддержание концентрации внимания на процессе деятельности и снижения при этом уровня сопутствующей тревоги и напряжения.
- Методики биологической обратной связи, основанные 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 беспокойности по поводу ночного сна с драматизацией последствий длительной бессонницы спокойными, нейтральными мыслями; как правило используется в сочетании с поведенческой психотерапией, основным компонентом которой являются методы релаксации.
- Гипнотерапия как метод достижения расслабления и способ отреагирования актуального эмоционального состояния.

Заключение

Расстройства сна являются в настоящее время одним из самых распространенных синдромов, обусловленных разнообразными причинами.

Лечение нарушений сна, как правило, всегда представляет комплекс терапевтических мероприятий (фармакотерапия, психотерапия, физические

методы), наиболее адекватных особенностям больного в каждом конкретном случае. Распознавание и своевременное лечение расстройств сна на этапе амбулаторного ведения пациентов является важной задачей, решение которой позволит повысить качество жизни пациентов.

Литература:

1. Байкова И.А., Калинина Т.В., Калинина М.М. Распространенность и клинические проявления нарушений сна среди пациентов врача терапевта на амбулаторном приеме. Актуальные вопросы общеврачебной практики. Материалы республиканской науч.-практич. конференции «Профилактика и лечение неинфекционной патологии в общей врачебной практике». - Минск. - 2010. – С. 22 - 26.
2. Байкова И.А. Психофармакологические и психотерапевтические методы лечения нарушений сна: Учебн. -метод. пособие / И.А. Байкова. – Мн., 2005. – 24с.
3. Бузунов Р. В. Бессонница в практике терапевта: Учебное пособие для врачей//Р.В. Бузунов, М.,2009. – 25 с.
4. Бузунов Р. В., Ерошина В. А. Зависимость тяжести синдрома обструктивного апноэ во время сна от увеличения массы тела после возникновения у пациентов симптома храпа //Терапевтический архив. - 2004.- №3.- С. 59-62.
5. Вейн А.М. Медицина сна. // Избранные лекции по неврологии; под ред. проф. В.Л. Голубева. -. М.: Эйдос Медиа, 2006. – С.12 – 20.
6. Вейн А.М. и др. Синдром апноэ во сне и другие расстройства дыхания, связанные со сном: клиника, диагностика, лечение //Эйдос Медиа, 2002.
7. Вейн А.М., Хехт К. Сон человека. Физиология и патология. - М., 1989. - 269с.
8. Евсегнеев Р.А. Распознавание и лечение депрессий в общемедицинской практике Минск,-2002 -10с.
9. Клиническая психиатрия/ Руководство для врачей и студентов. - М.: ГЭОТАР Медицина, 1998. - С. 231-242.
10. Левин Я.И. Инсомния // Избранные лекции по неврологии; под ред. проф. В.Л. Голубева. - . М.: Эйдос Медиа, 2006. – С.338 – 356.
11. Лишневская В. Ю., Инсомния у больных пожилого возраста с артериальной гипертензией. Институт геронтологии АМН Украины, Киев / Журнал «Рецепт», № 5 (61), 2008
12. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике./ Пер. на русский язык под редакцией Ю.Л.Нуллера, С.Ю.Циркина. ВОЗ. - СПб.: АДИС, 1994. - С. 178-187.
13. Физиология и патология сна /В.Н.Цыган, М.М.Богословский, В.Я.Апчел, И.В.Князькин. – СПб: СпецЛит, 2006. – 160.
14. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
15. Buscemi N et al. Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults. Evidence Report/Technology Assessment. Agency for Healthcare Research and Quality. 2005.- Vol. 125.- P. 1-11.
16. Chaouat A., Weitzenblum E., Krieger J., et al. Association of chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea syndrome // Am. J. Respir. Crit. Care Med. - 1995.- Vol. 151.- P. 82-86.
17. Culpepper L. Secondary insomnia in the primary care setting: review of diagnosis, treatment, and management // Current Medical Research and Opinion.- 2006.- Vol. 22.- P. 1257-1268.
18. Estivill E., Bove.A., Garcia-Borreguero D., Gibert J., Paniagua J. Pin G., Puertas F.J., Cilveti R Consensus on Drug Treatment, Definition and Diagnosis for Insomnia. Review Article //Clinical Drug Investigation. 2003.- Vol. 23.- P. 351-385.

19. Fancourt G., Castleden M. The use of benzodiazepines with particular reference to the elderly // Br. J. Hosp. Med.- 1986.- Vol. 35.- P. 321-326.
20. Morin C.M., Hauri P.J., Espie C.A. et al. Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia // Sleep.- 1999.- Vol. 22.- P. 1134-1156.
21. Ohayon M.M. Epidemiological study on insomnia in the general population // Sleep.- 1996.- Vol. 19.- P. S7-S15.
22. Schulz R., Blau A., Borgel J. Sleep apnoea in heart failure// Eur. Respir. J.- 2007.- Vol. 29.- P. 1201-1205.
23. Schutte-Rodin S., Broch L., Buysse D. et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults // J. Clin. Sleep Med.- 2008.- Vol. 4(5).- P. 487-504.
24. Siriwardena A.N. GPs' attitudes to benzodiazepine and 'Z-drug' prescribing: a barrier to implementation of evidence and guidance on hypnotics // Br. J. Gen. Pract.- 2006.- Vol. 56(533).- P. 964-967.
25. Vermeeren A. Residual effects of hypnotics: epidemiology and clinical implications // CNS Drugs.- 2004.- Vol. 18.- P. 297-328.
26. Wilcox I., McNamara S.G., Collins F.L. et al. "Syndrome Z": the interaction of sleep apnoea, vascular risk factors and heart disease // Thorax.- 1998.- Vol. 53(Suppl 3).- P. S5-S28.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Для установления точного клинического диагноза необходимо уметь правильно задавать пациенту вопросы, касающиеся особенностей его сна, что могло бы помочь в диагностике большинства нарушений сна.

Стандартный опрос пациента с бессонницей на поликлиническом приеме

1. Какие нарушения сна преобладают:
 - трудности с засыпанием?
 - ночные пробуждения?
 - ранние пробуждения?
2. Как долго отмечаются Ваши жалобы?
 - до 30 дней?
 - больше 30 дней?
3. Как часто они Вас беспокоят
 - каждую ночь?
 - несколько раз в неделю?
 - несколько раз в месяц?
4. Насколько нарушения сна ухудшают Вашу дневную активность? Беспокоит ли Вас дневная сонливость?
5. Имеется ли у Вас сменный график работы? Соблюдаете ли Вы регулярное время отхода ко сну и подъема? Часто ли Вы меняете часовые пояса (перелеты)?
6. Говорили ли Вам, что Вы храпите?
7. Отмечает ли Ваш партнер по кровати, что у Вас дергаются или шевелятся ноги во сне?
8. Отмечается ли у Вас беспокойство, чувство страха, тревожность, внутренняя напряженность?
9. Отмечается ли у Вас апатия, отсутствие положительных эмоций, подавленность настроения, упадок сил?
10. Употребляете ли Вы алкоголь, кофе, чай, тонизирующие напитки? В каких дозах (литры)?
11. Курите ли Вы? Сколько сигарет в день?
12. Какие препараты Вы принимаете регулярно?
13. Какие методы лечения бессонницы Вы применяли? Каков был их эффект?
14. Приходится ли Вам по утрам регулярно управлять автомобилем или опасными механизмами?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Шифры диагнозов по МКБ-10, которые врач может использовать на поли-
клиническом приеме:

G47. Расстройства сна

G47.0. Нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница)

G47.1. Нарушения в виде повышенной сонливости (гиперсомния)

G47.2. Нарушения цикличности сна и бодрствования

G47.3. Апноэ во сне

G47.4. Нарколепсия и катаплексия

G47.8. Другие нарушения сна

G47.9. Нарушение сна неуточненное

G25.8. Другие уточненные экстрапирамидные и двигательные нарушения
(данный шифр может применяться для синдрома беспокойных ног)

F51. Расстройства сна неорганической этиологии

F51.0. Бессонница неорганической этиологии

F51.1. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии

F51.2. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической
этиологии

F51.3. Снохождение (сомнамбулизм)

F51.4. Ужасы во время сна (ночные ужасы)

F51.5. Кошмары

F51.8. Другие расстройства сна неорганической этиологии

F51.9. Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное

E66.2. Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповен-
тиляцией (данный шифр может применяться у пациентов с Пиквик-
ским синдромом и хронической соннозависимой дыхательной недо-
статочностью).

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

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 минут 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 одежды 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.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Методы психотерапии бессонницы

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.

Терапия ограничением сна

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

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

Данная методика дает эффект через 3 – 4 недели. Помните, что, как и при терапии ограничением сна, вы можете быть очень сонным в течение дня и

вам необходимо быть крайне внимательным при вождении автомобиля и выполнении опасных работ.

Терапия контроля раздражителя

1. Когда Вы ложитесь в кровать, Вам разрешается лежать, не заснув только в течение 15 минут. Если 15 минут истекли, и Вы не заснули, то встаньте с постели. Не ложитесь в кровать и не пытайтесь заснуть снова до начала следующего часа. Например, если вы легли в кровать в 23.00 и не заснули до 23.15, встаньте, уйдите в другую комнату (кровать использовать только для сна!) и посмотрите телевизор или почитайте. Можно заняться каким-либо нудным занятием, например, глажкой белья или наведением порядка в бумагах. Не ложитесь в постель до 00.00. Если при второй попытке вы не заснули до 00.15, снова встаньте с постели и продолжайте бодрствовать до 01.00 и так далее. Обычно требуется не более 1-2 попыток. Однако при тяжелой бессоннице в первые несколько дней может потребоваться 3-4 попытки.
2. Обязательно поднимайтесь с постели утром в одно и то же время вне зависимости от того, когда Вы уснули. Даже если Вам очень хочется спать, все равно вставайте с постели. Лучше всего, если Вы быстро сделаете несколько физических упражнений и выйдете на свежий воздух.
3. Не ложитесь отдыхать или спать днем. Дневной сон уменьшит Вашу сонливость к вечеру и сведет на нет все Ваши усилия в предыдущую ночь.
4. Ежедневно ведите дневник: каждое утро записывайте время, когда вы легли в постель, после какой попытки заснули и когда встали с постели.
5. Если в течение недели вы 4 и более раз не смогли заснуть после первой попытки, то следует первый час убрать из времени пребывания в постели.
6. Если в течение следующей недели вы также 4 и более раз не смогли заснуть после первой попытки, уберите еще один час из времени пребывания в постели. И так каждую последующую неделю до тех пор, пока вы будете засыпать после первой попытки минимум 4 раза в неделю. Возможно, после реализации данной программы ваше пребывание в кровати сократится на 1-2-3 часа, но при этом сон станет более глубоким и эффективным.

Данная программа помогает большинству людей даже в том случае, если бессонница продолжается несколько лет. Следует, однако, отметить, что значительное количество людей через некоторое время (возможно через несколько месяцев или лет) возвращается к своим старым привычкам

и бессоннице. Если это случилось с Вами, следует просто еще раз повторить описанную Выше программу, что позволит Вам снова нормализовать сон.

Релаксационная терапия

Использование методик релаксации направлено против чрезмерного состояния бодрствования, связанного как с соматическими, так и психическими факторами.

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-ой и 3-ий 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.

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 секунд, 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 ощу-

щением 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 - 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.

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, приобретается способность изменять поведение и физиологические функции, что ведет к глубокому и освежающему сну.

«Настройка» циркадных ритмов

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

При светотерапии комната освещается 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).

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

Памятка по применению снотворных для пациента

Если врач назначил Вам снотворный препарат, примите к сведению следующие рекомендации:

1. Всегда используйте препарат в рекомендованной врачом дозе. Никогда не превышайте дозу, рекомендованную врачом, даже если эффективность препарата недостаточна.
2. Убедитесь в том, что у вас нет противопоказаний к приему снотворных средств.
3. Если вы принимаете какое-то другое лекарство, обязательно сообщите это врачу, который назначил вам препарат.
4. Если причина нарушений сна – какое-либо заболевание, не забывайте о лечении этого заболевания. Если бессонница – один из симптомов депрессии, недопустимо лечение только лишь снотворными препаратами. Если уснуть мешает боль, лучше принять обезболивающее.
5. Не применяйте после полуночи препарат с длительным периодом полувыведения.
6. На следующий день после приема снотворного никогда не садитесь за руль автомобиля и не работайте с опасным оборудованием.
7. Если на следующий день после приема снотворного вы почувствуете головокружение, неуверенность, ослабление внимания или сонливость, обратитесь к врачу.
8. Никогда не употребляйте спиртные напитки одновременно с приемом снотворных препаратов – их взаимодействие может привести к негативным последствиям, вплоть до коматозного состояния и смерти.
9. Используйте снотворные препараты только короткое время (не более 4 недель).
10. Всегда, когда можно, используйте вместо снотворных методы поведенческой терапии, о которых вы можете узнать у своего врача или из различных руководств по самопомощи.
11. Не применяйте снотворное, если вы беременны или думаете, что можете забеременеть.
12. Не пользуйтесь снотворными, если у вас когда-либо были проблемы, связанные с различными зависимостями (алкоголь, наркотики, азартные игры).
13. Если у вас во сне затруднено дыхание или Вы сильно храпите, сообщите об этом врачу, так как в этих случаях необходимо исключить синдром апноэ во сне (что является противопоказанием к назначению некоторых снотворных: барбитуратов и бензодиазепинов).

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СНА

Препараты	Нач. доза, мг	Сут. доза, мг
Препараты Z- группы		
Зопиклон (имован, соннат)	3,75-7,5	7,5-15
Золпидем (ивадал)	10	10
Залеплон (анданте)	5	5
Бензодиазепины		
Лоразепам (апо-лоразепам, лорафен)	1	1-2
Темазепам (сигнопам)	10	10-20
Триазолам (хальцион)	0,5	0,5-1
Альпразолам (алзолам, ксанакс, золомакс)	0,5	0,5-2
Клоназепам	0,5	2
Антидепрессанты		
Тримипрамин (стангил, герфонал, пертофран)	25-50	50-150
Доксепин (синекван, апонал)	75	75-150
Тразодон (дезерил, триттико)	75	75-150
Амитриптилин	25	25-150
Нейролептики		
Кветиапин (сероквель, кутипин, кетилепт)	25	25-100
Оланзапин (зипрекса)	5	5-15
При хроническом болевом синдроме		
Клоназепам	0,5	2
Карбамазепин (карбамазепин, финлепсин)	200-300	600-800

Учебное издание

Байкова Ирина Анатольевна

***БЕССОННИЦА НА АМБУЛАТОРНОМ ПРИЕМЕ
ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА***

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск И.А. Байкова

Подписано в печать 03. 04. 2015. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Calibri».

Печ. л. 1,88. Уч.- изд. л. 1,38. Тираж 50 экз. Заказ 162.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.