

<https://doi.org/10.34883/PI.2024.14.3.011>



Васильев С.А.¹, Бурьяк Д.В.², Дармоян Н.А.¹, Устинович Ю.А.¹ ✉

¹ Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя», Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Нарушения сна при беременности

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция – Васильев С.А., Дармоян Н.А.; написание текста – Устинович Ю.А., Дармоян Н.А.; редактирование статьи – Васильев С.А., Бурьяк Д.В.

Подана: 15.05.2024

Принята: 03.06.2024

Контакты: docneonat@mail.ru

Резюме

Нарушения сна часто встречаются во время беременности. Бессонница при беременности часто объясняется физиологическими изменениями в организме матери. Изменения, связанные с продолжительностью и качеством сна во время беременности, могут быть обусловлены многими предполагаемыми и взаимосвязанными механизмами, такими как гормональные, физиологические, метаболические, психологические изменения и изменения, связанные с осанкой. Бессонница вызывает ухудшение качества жизни. Это становится серьезной проблемой на протяжении всего периода беременности для здоровья матери и плода, негативно влияет на акушерские исходы, увеличивая длительность родов, частоту преждевременных родов и кесарева сечения.

Нефармакологическое лечение бессонницы во время беременности считается предпочтительным, включает в себя соблюдение правил гигиены сна, установление регулярных циклов сна и бодрствования, контроль раздражителей, минимизацию потребления жидкости перед сном для уменьшения никтурии, устранение физического дискомфорта, когнитивно-поведенческую терапию. При принятии решений относительно фармакотерапии следует учитывать эффективность нефармакологических вмешательств, влияние заболевания на мать или плод, а также наличие более безопасных альтернатив.

Ключевые слова: инсомния, беременность, расстройства сна

Vasilyeu S.¹, Buryak D.², Darmayan N.¹, Ustsinovich Y.¹ ✉

¹ Republican Scientific and Practical Centre "Mother and Child", Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Sleep Disorders During Pregnancy

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept – Vasilyeu S., Darmayan N.; text writing – Ustsinovich Y., Darmayan N.; editing – Vasilyeu S., Buryak D.

Submitted: 15.05.2024

Accepted: 03.06.2024

Contacts: docneonat@mail.ru

Abstract

Sleep disturbances are common during pregnancy. Insomnia during pregnancy is often explained by physiological changes in the mother's body. Changes associated with sleep duration and quality during pregnancy may be due to many hypothesized and interrelated mechanisms, such as hormonal, physiological, metabolic, psychological, and postural changes. Insomnia causes a deterioration in quality of life. It becomes a serious problem throughout pregnancy for maternal and fetal health and negatively affects obstetric outcomes by increasing the length of labor and the incidence of preterm birth and cesarean section.

Non-pharmacological treatment for insomnia during pregnancy is considered preferable and includes good sleep hygiene, establishing regular sleep-wake cycles, controlling irritants, minimizing fluid intake before bed to reduce nocturia, eliminating physical discomfort, and cognitive behavioral therapy. Decisions regarding pharmacotherapy should consider the effectiveness of non-pharmacological interventions, the impact of the disease on the mother or fetus, and the availability of safer alternatives.

Keywords: insomnia, pregnancy, sleeps disorders

■ ВВЕДЕНИЕ

Смена периодов сна и бодрствования является естественной физиологией человека. Отсутствие сознательной психической деятельности во время сна не умаляет его критическую важность для физического и психического здоровья. Это жизненно необходимая часть суточного ритма. Сон не является монотонным однообразным процессом. Выделяют фазы быстрого сна, неглубокого медленного сна и глубокого медленного сна. Отдельно можно обозначить и состояние дремоты – полусна, промежуточного состояния между сном и бодрствованием, при котором хочется спать и невольно закрываются глаза. Нарушения сна на протяжении многих лет считаются важнейшей проблемой медицинской помощи. Бессонница является наиболее распространенной жалобой на сон, от которой, по данным E.E. Flynn-Evans и коллег, хронически страдает 10–13% населения, еще до 35% населения испытывает непостоянные симптомы бессонницы [1]. Бессонница – это состояние, определяемое как трудности с засыпанием или поддержанием сна: частые пробуждения, трудности в засыпании после пробуждения или слишком раннее пробуждение с невозможностью

снова заснуть [2]. Бессонницу обычно диагностируют путем записи ночного режима сна, при этом патофизиология и время начала бессонницы не всегда ясны [3]. Критерии бессонницы, указанные в Руководстве по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – DSM), включают жалобы на трудности с засыпанием или поддержанием состояния сна не менее трех раз в неделю, что связано с неудовлетворенностью количеством или качеством сна и приводит к клинически значимым нарушениям в социальной, профессиональной, образовательной, академической, поведенческой или других важных областях жизнедеятельности, несмотря на наличие адекватной возможности для сна [4].

В обширном исследовании В. Zhang и Y.K. Wing установили, что женщины чаще жаловались на бессонницу, чем мужчины [5]. Во время беременности проблема часто усугубляется. Бессонница при беременности часто объясняется физиологическими изменениями в организме матери. Другие факторы недооцениваются, а научная литература по этому вопросу скудна. Исследование «Женщины и сон», проведенное Национальным фондом сна США в 1998 г., выявило, что 78% женщин сообщили о нарушениях сна во время беременности, а у 15% женщин развился синдром беспокойных ног (СБН) в третьем триместре беременности. Изменения, связанные с продолжительностью и качеством сна во время беременности, могут быть связаны со многими предполагаемыми и взаимосвязанными механизмами, такими как гормональные, физиологические, метаболические, психологические изменения и изменения, связанные с осанкой [6]. По данным F.L. Фассо и коллег, около 2/3 беременных женщин считают, что с наступлением беременности их режим сна стал ненормальным [7].

В первом триместре беременности повышение уровня прогестерона может вызвать чрезмерную сонливость в дневное время, снижение мышечного тонуса, повышенный риск апноэ во сне, храп и перерывы во сне. Ухудшить качество сна также могут частые походы в туалет по ночам, тошнота и рвота, дискомфорт, связанный с беременностью, такой как боль в спине, движения плода и гастроэзофагеальный рефлюкс [6]. Тревога во время беременности может усиливаться опасениями по поводу родов и их исхода. Плохое качество сна является не только основным признаком пренатальной, интранатальной и послеродовой депрессии, но и фактором риска нарушений настроения во время беременности. После рождения ребенка молодым мамам становится еще труднее хорошо выспаться.

Основной акцент в исследованиях нарушений сна во время беременности делается на третьем триместре [8]. Действительно, нарушения сна, которые часто встречаются во время беременности, усиливаются по мере ее развития [9]. В исследовании J.P. Neau и коллег более 90% пациенток утверждали, что качество их сна было хорошим до беременности, но по мере продолжения беременности они испытывали трудности со сном все больше и больше [10]. Бессонница вызывает ухудшение качества жизни. Это становится серьезной проблемой на протяжении всего периода беременности для здоровья матери и плода, негативно влияет на акушерские исходы, увеличивая длительность родов и частоту кесарева сечения [6]. Учитывая пользу хорошего сна для здоровья беременных женщин, крайне важно найти способы справиться с растущей распространенностью бессонницы во время беременности и улучшить качество сна этой группы населения.

Первый триместр

Проблемы со сном и изменения в его характере начинаются уже в первом триместре беременности, что связано с быстрыми изменениями уровня репродуктивных гормонов [11]. Уровень прогестерона повышается на протяжении всей беременности. На 36-й неделе уровень прогестерона в 10 раз превышает пиковый уровень менструального цикла. Женщины в первом триместре чаще спят днем, во многом из-за усталости.

В исследованиях на животных было обнаружено, что введение прогестерона оказывает седативный эффект и увеличивает продолжительность медленного сна. Метаболиты прогестерона воздействуют на рецепторы гамма-аминомасляной кислоты-A (ГАМК-A) мозга, которые, как считается, и вызывают эти изменения сна [12].

Повышенная сонливость является распространенной жалобой в первом триместре беременности [13]. Среднее увеличение продолжительности ночного сна более чем на 30 минут было отмечено на сроке от 11 до 12 недель беременности у 33 женщин, прошедших домашнюю полисомнографию до зачатия и в каждом триместре беременности [11]. В первом триместре стадия 1 медленного сна увеличивается, тогда как стадия 3 сокращается, а эффективность сна снижается по сравнению с прегравидарным периодом.

Второй и третий триместры

К концу второго триместра (23–24 недели беременности) общая продолжительность ночного сна сокращается. К причинам присоединяется гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ, код по МКБ-10 – K21). В третьем триместре проблемы со сном возникают у большинства женщин. По данным С. Hedman, менее 2% из них сообщают об отсутствии ночных пробуждений [14]. Более 98% беременных женщин сообщают о ночных пробуждениях. Наблюдается дальнейшее увеличение фазы 1 медленного сна и уменьшение фазы 3 и фазы быстрого сна. Несмотря на эти изменения и сокращение времени сна по сравнению с первыми двумя триместрами, общее время сна нормализуется практически до уровня, существовавшего до беременности. При этом нет никаких доказательств изменений циркадного ритма, уровни мелатонина соответствуют обычному суточному ритму.

В недавних исследованиях R.S. Osnes и коллег распространенность нарушений сна на ранних сроках беременности составляла от 12 до 38%, а в третьем триместре увеличивалась до 60% [15]. В дальнейшем 55% из этих женщин страдали послеродовой бессонницей. По данным метаанализа, проведенного J.N. Felder в 2020 г., общая распространенность симптомов бессонницы в исследуемой популяции составила 38,2%. По результатам данного исследования распространенность инсомнии не различалась в разные триместры беременности, что отличает его результаты от большинства других [16]. Результаты исследования N. Salari и коллег, полученные при обследовании 8798 женщин посредством метаанализа, установили, что общая распространенность бессонницы в третьем триместре беременности составила 42,4% [8]. Более того, результаты, полученные с помощью метарегрессии, показали, что распространенность бессонницы в третьем триместре беременности увеличивается.

Сам факт наличия большого количества публикаций, посвященных проблеме инсомнии во время беременности, не прекращающихся на протяжении многих десятилетий, говорит о важности и актуальности данной темы [17, 18].

Нарушения сна во время беременности

Бессонница определяется и как симптом, и как расстройство. В качестве симптома это клиническое состояние довольно распространено на практике, однако в качестве диагноза бессонница имеет несколько определенных подклассификаций (МКБ-10 – F51, G47).

Рубрика F51 «Расстройства сна неорганической этиологии» включает только те нарушения сна, при которых ведущими этиологическими факторами являются эмоциональные причины и которые не имеют в своей основе идентифицированных в каких-либо рубриках физических нарушений.

F51.0 Бессонница неорганической этиологии – состояние неудовлетворительной продолжительности и/или неудовлетворительного качества сна, которое сохраняется в течение значительного отрезка времени и включает трудности засыпания, трудности оставаться в состоянии сна или раннее окончательное пробуждение. Бессонница является общим симптомом многих психических и соматических расстройств и должна классифицироваться данной подрубрикой в дополнение к основному заболеванию только в том случае, если она доминирует в клинической картине.

F51.1 Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии. Гиперсомния определяется как состояние чрезмерной сонливости и приступов сна в дневное время или как затяжной переход к состоянию полного бодрствования при пробуждении. Если в этиологии гиперсомнии отсутствует органический фактор, это состояние обычно связывают с психическим расстройством.

F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии – недостаток синхронности между существующим у пациента режимом сна и бодрствования и тем, какого режима сна и бодрствования требует окружающая его обстановка, результатом чего являются жалобы на бессонницу или гиперсомнию. Имеет место психогенная инверсия циркадного ритма, никтогемерального ритма, ритма сна.

F51.3 Снохождение (сомнамбулизм) – форма измененного сознания, при которой сочетаются состояния сна и бодрствования. Во время эпизода сомнамбулизма человек встает с постели обычно в течение первой трети ночного сна и ходит, демонстрируя низкий уровень осознания, реактивности и двигательного умения. При пробуждении он обычно не вспоминает случившееся.

F51.4 Ужасы во время сна (ночные ужасы) – ночные эпизоды крайнего ужаса и паники, сопровождаемые интенсивными восклицаниями, движениями и высоким уровнем вегетативных проявлений. Пациент садится или вскакивает с постели обычно в течение первой трети ночного сна с паническим криком. Довольно часто он рвется к двери, как бы пытаясь убежать, хотя очень редко покидает комнату. Воспоминание о случившемся, если оно есть, очень ограничено (обычно один или два фрагмента мысленных воображений).

F51.5 Кошмары (ночное тревожное расстройство). Переживания во сне перегружены тревогой или страхом. Пациент помнит все детали содержания сна. Картины сна очень яркие и обычно включают темы, касающиеся угрозы жизни, безопасности или самооценки. Довольно часто имеет место повторение одних и тех же или подобных пугающих кошмарных сновидений. В течение типичного эпизода данного расстройства выражены вегетативные проявления, но нет заметных восклицаний или движений тела. При пробуждении человек быстро становится бодрым и ориентированным.

Рубрика G47 «Расстройства сна» включает нарушения сна, имеющие органическую этиологию. При беременности актуален диагноз G47.3 «Апноэ во сне», включающий обструктивное апноэ.

Дневные эффекты бессонницы включают гиперсомнию (сонливость в течение дня), усталость и изменения настроения. Бессонница также может негативно повлиять на партнерские отношения и помешать установлению связи между матерью и ребенком. Нарушения сна подвергают беременных женщин более высокому риску осложнений, таких как депрессия, в конце третьего триместра или после рождения ребенка.

Диагностика

Диагноз инсомнии обычно ставится на основании анамнеза, который включает в себя скрининг на распространенные нарушения сна, наблюдаемые у беременных женщин. Распространенные жалобы, связанные с беременностью, такие как боль в спине, никтурия, шевеление плода, болезненность груди и судороги ног, могут отрицательно повлиять на качество и продолжительность сна [19]. Однако лечение этих проблем не обязательно означает, что бессонница автоматически улучшится.

Для объективной диагностики выраженности, тяжести нарушений сна разработано большое количество тестов и шкал, которыми стоит пользоваться.

Афинская шкала бессонницы (Athens Insomnia Scale – AIS) представляет собой опросник из 8 пунктов, основанный на критериях МКБ-10 и предназначенный для количественного измерения тяжести бессонницы. Каждый пункт оценивается от 0 (нет проблемы) до 3 (очень серьезная проблема) баллов. Общий балл шкалы варьирует от 0 до 24. Пороговым баллом считается 8. AIS – одна из наиболее часто используемых шкал в диагностических целях, а также для исследования эффективности лечения бессонницы [20].

Опросник депрессии Бека (Beck Depression Inventory – BDI) представляет собой шкалу самооценки, состоящую из 21 пункта, ответы по каждому пункту оцениваются от 0 до 3 баллов. BDI используется для оценки тяжести депрессивных симптомов. Оценка варьирует от 0 до 63, а пороговый балл составляет 12 [21].

Шкала гипервозбуждения Регестейна (Regestein Hyperarousal Scale – HS) представляет собой шкалу из 26 пунктов; ответы оцениваются по шкале от 0 до 3 баллов. HS используется для оценки гипервозбуждения, оценка варьирует от 0 до 78 баллов и хорошо коррелирует с объективными показателями бдительности [22]. В предыдущих исследованиях пациенты с бессонницей получили высокие баллы по HS [23, 24].

Шкала сонливости Эпворта (Epworth Sleepiness Scale – ESS) представляет собой шкалу из 8 вопросов с диапазоном от 0 до 24 баллов, используемую для определения уровня дневной сонливости у групп населения, страдающих различными нарушениями сна [25]. Шкала оценивалась у беременных женщин и характеризовалась хорошей информативностью [26].

В исследовании Dorota Wołyńczyk-Gmaj и коллег группа женщин с бессонницей, развившейся во время беременности, жаловалась на пробуждение ночью и прием пищи, покалывание в ногах, ночные кошмары, храп и миоклонию чаще, чем остальные, имела более высокие показатели депрессии (BDI) и гипервозбуждения (HS). Эта группа не отличалась от людей без бессонницы по многим другим переменным, включая возраст, оценку ESS, социально-демографический статус, употребление

кофе, сменную работу, гипотиреоз, астму, гипертонию или диабет. Повышенные показатели депрессивных симптомов в группе с бессонницей могут указывать на депрессию, но могут также отражать пониженное настроение, вторичное по отношению к нарушениям сна. Это также может указывать на общий патофизиологический механизм как первичной бессонницы, так и депрессивных расстройств [27]. Более того, гипотеза об общей патофизиологии бессонницы и депрессии может быть подтверждена тем фактом, что бессонница во время беременности увеличивает риск послеродовых осложнений, в частности депрессии [28].

Дифференциальная диагностика инсомнии во время беременности

Тревожные расстройства. Оценка нарушений сна должна включать тщательный скрининг первичных расстройств настроения, таких как большое депрессивное расстройство (БДР) или биполярное расстройство, или первичных тревожных расстройств, таких как генерализованное тревожное расстройство (ГТР), посттравматическое стрессовое расстройство, паническое расстройство или обсессивно-компульсивное расстройство, потому что эти состояния могут проявляться как пренатальная бессонница.

Как и в случае с БДР, диагностические критерии таких состояний, как ГТР, могут совпадать с общими симптомами беременности, включая быструю утомляемость, трудности с концентрацией внимания, эмоциональную реактивность и мышечное напряжение. При диагностике ГТР у пациентов также проявляются чрезмерная тревога и беспокойство, которые трудно контролировать в течение как минимум 6 месяцев и которые вызывают клинически значимый дистресс и ухудшение состояния. Аналогичным образом трудности с засыпанием или сохранением сна, а также беспокойный сон включены в диагностические критерии посттравматического стрессового расстройства, но у пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством наблюдаются и другие симптомы, такие как гипервозбуждение, повышенная реактивность, воспоминания и избегание травматических раздражителей [6].

Расстройства настроения. Нарушения сна являются важным признаком БДР. Они также являются центральными признаками маниакальных и гипоманиакальных эпизодов, что важно учитывать при обследовании беременных женщин с проблемами сна. Из-за совпадения симптомов беременности с нейровегетативными симптомами депрессии диагностика расстройств настроения становится весьма сложной.

В дифференциальной диагностике следует ориентироваться на несколько элементов для диагностики первичного расстройства настроения. Например, беременные женщины с депрессией почти каждый день испытывают ангедонию (снижение интереса или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности). Другие симптомы, такие как психомоторная заторможенность, чувство никчемности, чрезмерная или неуместная вина и повторяющиеся мысли о самоубийстве, в первую очередь испытывают беременные женщины с депрессией. Более того, оценка течения, частоты и тяжести симптомов может помочь отличить симптомы беременности от симптомов БДР.

Симптомы должны не только возникать в течение большей части дней в течение двухнедельного периода, но также вызывать значительный дискомфорт в социальной, профессиональной и других сферах жизнедеятельности. Прежде чем ставить диагноз БДР, пациента следует обследовать на наличие в анамнезе гипомании или

мании. Их наличие в анамнезе может указывать на биполярное расстройство, что служит показанием к назначению различных фармакологических методов лечения.

Расстройства сна. Обструктивное апноэ во сне (ОАС) характеризуется повторяющимися эпизодами апноэ (остановки дыхания) или гипопноэ (уменьшения глубины дыхания с десатурацией) из-за обструкции в верхних дыхательных путях [13, 29]. По оценкам P.M. Nodine, распространенность ОАС среди небеременных женщин составляет 2%, в то время как у беременных его частота выше и составляет 10–25% [19]. Нормальные физиологические и гормональные изменения во время беременности (включая увеличение веса, отеки и смещение диафрагмы вследствие увеличения матки) могут способствовать нарушениям сна, связанным с затрудненным дыханием. Кроме того, более высокие уровни циркулирующего эстрогена вызывают увеличение объема плазмы и интерстициальной жидкости, отек слизистых оболочек, что может привести к заложенности носа и сужению глотки, что является еще одной причиной нарушений сна, связанных с дыханием [6].

Храп встречается чаще во время беременности и может поражать до трети беременных женщин к третьему триместру, при этом продольные исследования показывают, что частота привычного храпа увеличивается с первого до третьего триместра [30].

Измеренное разными исследователями нарушение дыхания во сне также увеличивается по мере прогрессирования беременности и варьируется от 4% до 70% [31–33]. Такой широкий диапазон распространенности можно объяснить различиями в методах и технологиях, используемых для определения нарушений дыхания во сне, а также различиями в изученных популяциях (беременность с низким риском и осложненная беременность).

Синдром беспокойных ног. Частота СБН среди населения в целом составляет от 3,4% до 10% [34, 35]. По данным M.A. Cain и коллег, имеются этнические различия. Распространенность СБН составляет 5 и 15% в мире и среди европеоидов соответственно [36]. Заболеваемость намного выше у беременных женщин (27–30%), причем симптомы ухудшаются в третьем триместре, а затем обычно снижаются после родов [37–39]. У тех, у кого заболевание развивается во время беременности, симптомы обычно исчезают после родов. У пациенток, которые страдали СБН до беременности, симптомы могут ухудшаться во время беременности.

Причина развития или усугубления СБН во время беременности до сих пор неясна, по этому поводу к настоящему времени выдвинуто несколько гипотез [40–42]. В число этих гипотез входят эндокринные изменения, метаболизм железа и фолиевой кислоты, генетика и другие факторы. Во время беременности происходит множество эндокринных изменений; эстрадиол, прогестерон и пролактин повышаются. Все эти повышения происходят, в частности, в третьем триместре, чем можно объяснить индукцию СБН. Уровень сывороточного железа, ферритина и фолатов во время беременности снижается, возможно, за счет их разведения в большем объеме крови, учитывая потребность плода. Существует гипотеза, предполагающая, что беременность может вызывать возникновение симптомов у женщин, генетически предрасположенных к развитию СБН [43–45].

Женщины с СБН чаще страдают гипертонией во время беременности. И наоборот, беременные женщины с гипертонией имеют более высокий риск СБН, что указывает на потенциальный метаболический процесс, лежащий в основе патогенеза

СБН во время беременности, и возможную двунаправленную связь. Эта потенциальная связь с неблагоприятными сердечно-сосудистыми заболеваниями подчеркивает необходимость лучшего понимания важности терапии СБН во время беременности [46].

СБН часто не диагностируется из-за недостаточной осведомленности врачей, а также из-за того, что симптомы могут быть похожи на судороги ног, которые довольно часто встречаются при беременности. При отсутствии должного лечения СБН увеличивает риск депрессивного настроения во время беременности, связан с увеличением продолжительности родов, частоты кесарева сечения и преждевременных родов [47]. Для лечения СБН в легких случаях предлагаются типично нефармакологические методы, такие как вытягивание ног перед сном и использование эластичных носков при сопутствующем варикозном расширении вен [43–45]. Если симптомы СБН легкие или тривиальные, изменение образа жизни, например регулярные физические упражнения, может оказаться полезным. Массаж ног или замачивание их в воде также может облегчить состояние. Однако при тяжелой форме СБН может быть показана фармакотерапия. Фармакотерапию следует применять поэтапно с учетом возраста пациента и сопутствующих заболеваний. К препаратам, назначаемым при СБН в мире, относятся прамипексол, ропинирол, пластырь с ротиготином и леводопа [48, 49]. В соответствии с действующими в Республике Беларусь инструкциями по медицинскому применению прамипексол не запрещен во время беременности, леводопа при беременности противопоказан, ропинирол и пластырь с ротиготином отсутствуют в реестре зарегистрированных лекарственных средств.

Лечение нарушений сна во время беременности

Исследования Jennifer N. Felder и коллег (США) установили, что только 30% беременных женщин с нарушениями сна обсуждали эту проблему с врачом [50]. Большинство участниц исследования ни разу во время беременности не обсуждали свой сон с врачом. Врач был акушер-гинеколог. При этом 83% и 42% беременных женщин с умеренной и тяжелой бессонницей соответственно не получили диагноз бессонницы и соответствующее лечение. Среди участников, которые рассказали о своем сне врачу, примерно половина (51%) сообщили, что получали в ответ информацию, специально направленную на улучшение их сна. Также частыми рекомендациями врачей для улучшения сна во время беременности были лекарственные средства (46%) безрецептурного отпуска: небензодиазепиновые седативные средства (33%) и антигистаминные препараты (33%). В 12% случаев были назначены рецептурные лекарства для улучшения сна.

Вполне возможно, что врачи рассматривают беременность и нормальные симптомы беременности (например, никтурию, дискомфорт) как состояния, объясняющие бессонницу, тем самым снижая уровень диагностики. В упомянутом выше исследовании Jennifer N. Felder и коллег врачи редко рекомендовали терапию или консультирование для лечения симптомов бессонницы (16%).

Поскольку отличить проблемы сна, требующие дальнейшего обследования и лечения, от нормативных проблем со сном может оказаться непросто, несколько рекомендаций по оценке сна могут быть полезными. В качестве первого шага врачи могут оценить нарушения сна, используя такие формулировки, как «Как вы спите в последнее время?» и «Насколько серьезны ваши проблемы со сном?», направив

пациента в сторону самоанализа. Уместно воспользоваться шкалами, приведенными ранее (AIS, BDI и др.). В случае нарушений сна, описываемых как тяжелые, стойкие, причиняющие дискомфорт или причиняющие беспокойство, необходима соответствующая терапия.

Нефармакологические методы. Гигиену сна и обучение контролю раздражителей следует рассматривать как стратегии первой линии. Стратегии гигиены сна могут значительно улучшить качество сна без необходимости прибегать к лекарствам. К ним относятся собственно гигиена сна и обучение, а также поведенческая терапия. Поведенческая терапия бессонницы в дополнение к гигиене сна и контролю раздражителей включает в себя релаксацию, ограничение сна, когнитивную терапию и когнитивно-поведенческую терапию бессонницы [51].

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы представляет собой нефармакологическую психотерапию, ориентированную на бессонницу, основанную на навыках контроля раздражителей и здоровых привычках сна, сильная эмпирическая поддержка которой привела к тому, что американская коллегия врачей определила ее в качестве средства первой линии лечения бессонницы [52]. По результатам опросов беременные женщины называют когнитивно-поведенческую терапию бессонницы предпочтительным методом лечения по сравнению с фармакотерапией и иглоукалыванием [53]. Методика хорошо себя зарекомендовала при отсутствии ОАС, храпа и СБН [54].

Фармакологические методы. Фармакотерапия является еще одним часто используемым подходом к лечению, но трудно сделать выводы об эффективности и безопасности, поскольку в немногих рандомизированных клинических исследованиях участвовали беременные женщины. Вызывает беспокойство потенциальная токсичность препаратов для плода и грудного ребенка, а также изменения фармакокинетических параметров, которые могут потребовать коррекции дозировки. В результате прекращение приема лекарств во время беременности может показаться самым безопасным вариантом. Однако невылеченные или плохо контролируемые состояния чаще всего представляют больший риск для беременной женщины и ее ребенка, чем риск применения лекарств [55]. Одно небольшое рандомизированное исследование показало, что беременные женщины с диагнозом «бессонница», получавшие trazodon или дифенгидрамин (димедрол), имели значительно более продолжительное время сна и более высокую эффективность сна после шести недель лечения по сравнению с участниками, рандомизированными в группу плацебо [56]. Тем не менее данные популяционного обсервационного исследования показывают, что золпидем связан с более высокой вероятностью неблагоприятных исходов родов, но анализы не учитывали тяжесть симптомов бессонницы [57]. Данные о рисках, связанных с бензодиазепинами, неоднозначны [58, 59]. Полезные онлайн-ресурсы для получения информации о лекарствах при беременности включают Reprotox (Reproductive Toxicology Center www.reprotox.org) и MotherToBaby (<https://mothertobaby.org/>).

Здесь уместно вспомнить трагедию, связанную с препаратом талидомид. Ретроспективно обнаруженный тератогенный эффект талидомида привел к рождению в период 1957–1962 гг. около 10 000 детей с врожденными уродствами (по разным данным, их количество разнится от 8 до 12 тысяч). На этапе клинических испытаний люди, принимавшие этот препарат, отмечали глубокий «естественный» сон,

длящийся всю ночь. Препарат позиционировался как безопасное успокаивающее и снотворное средство, выгодно выделяясь на фоне других седативных средств. Особо отмечалась безопасность препарата при передозировке (случайной или с целью суицида). К 1961 г. талидомид стал самым продаваемым седативным препаратом в ФРГ, продаваясь также в 46 странах Европы, Азии и Южной Америки. Этот препарат принимали женщины для купирования симптомов тревоги, бессонницы и тошноты во время беременности. Важным поучительным моментом в истории талидомида оказалось то, что на лабораторных животных он не оказывал никакого негативного действия.

С тех пор появилось много публикаций о небезопасности ряда лекарственных средств во время беременности, о потенциальной тератогенности, и многие женщины наслышаны об этом и склонны отдавать предпочтение немедикаментозным методам лечения бессонницы и ее причин.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Несмотря на то что нарушения сна являются весьма частым, практически обыденным явлением во время беременности, у части женщин наблюдаются клинически значимые симптомы бессонницы, которые, как показано, связаны с повышенным риском неблагоприятных исходов родов и психологических последствий. Таким образом, симптомы бессонницы не следует игнорировать во время беременности. Оценка симптомов бессонницы во время беременности дает возможность выявить и лечить потенциально модифицируемый фактор риска. Разработка и внедрение методов немедикаментозной коррекции нарушений сна у беременных является актуальным направлением научного поиска.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Flynn-Evans E.E., Shekleton J.A., Miller B. et al. Circadian phase and phase angle disorders in primary insomnia. *Sleep*. 2017;40(12):1–11.
2. Buysse D.J. Insomnia. *Jama*. 2013;309(7):706–16.
3. Incze M., Redberg R.F., Gupta A. I have insomnia-what should I do? *JAMA Intern Med*. 2018;178(11):1572.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Zhang B., Wing Y.K. Sex differences in insomnia: a meta-analysis. *Sleep*. 2006;29(1):85–93.
6. Hashmi A.M., Bhatia S.K., Khawaja I.S. Insomnia during pregnancy: Diagnosis and Rational Interventions. *Pak J Med Sci*. 2016;32(4):1030–7.
7. Facco F.L., Kramer J., Ho K.H. et al. *Obstet Gynecol*. 2010;115(1):77–83.
8. Salari N., Darvishi N., Khaledi-Paveh B. et al. A systematic review and meta-analysis of prevalence of insomnia in the third trimester of pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21:284.
9. Cain M.A., Brumley J., Louis-Jacques A. et al. A pilot study of a sleep intervention delivered through group prenatal care to overweight and obese women. *Behav Sleep Med*. 2020;18(4):477–87.
10. Neau J.P., Texier B., Ingrand P. Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *Eur Neurol*. 2009;62(1):23–9.
11. Lee K.A., Zaffke M.E., McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2000;95(1):14–8.
12. Lancel M., Faulhaber J., Holsboer F., Rupperecht R. Progesterone induces changes in sleep comparable to those of agonistic GABAA receptor modulators. *Am J Physiol*. 1996;271(4):E763–72.
13. American Academy of Sleep Medicine. *International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual (AASM ICSD-3) 3rd edition*. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
14. Hedman C., Pohjasvaara T., Tolonen U. et al. Effects of pregnancy on mothers' sleep. *Sleep Med*. 2002;3(1):37–42.
15. Osnes R.S., Eberhard-Gran M., Follstad T. et al. Mid-pregnancy insomnia and its association with perinatal depressive symptoms: a prospective cohort study. *Behav Sleep Med*. 2020;1–18.
16. Felder J.N., Hartman A.R., Epel E.S., Prather A.A. Pregnant patient perceptions of provider detection and treatment of insomnia. *Behav Sleep Med*. 2020;18(6):787–96.
17. Schiff I., Regestein Q., Tulchinsky D., Ryan K.J. Effects of estrogens on sleep and psychological state of hypogonadal women. *JAMA*. 1979;242(22):2404–5.
18. Brunner D.P., Münch M., Biedermann K. et al. Changes in sleep and sleep electroencephalogram during pregnancy. *Sleep*. 1994;17(7):576–82.
19. Nodine P.M., Matthews E.E. Common sleep disorders: management strategies and pregnancy outcomes. *J Midwifery Womens Health*. 2013;58(4):368–77.

20. Buysse D.J., Ancoli-Israel S., Edinger J.D. et al. Recommendations for standard research assessment of insomnia. *Sleep*. 2006;29(9):1155–73.
21. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M. et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961;4:561–71.
22. Regestein Q.R., Dambrosia J., Hallett M. et al. Daytime alertness in patients with primary insomnia. *Am J Psychiatry*. 1993;150(10):1529–34.
23. Wołyńczyk-Gmaj D., Szelenberger W. Walking EEG in primary insomnia. *Acta Neurobiol Exp (Wars)*. 2011;71(3):387–92.
24. Wołyńczyk-Gmaj D., Różańska-Wałędziak A., Ziemka S. et al. Insomnia in pregnancy is associated with depressive symptoms and eating at night. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(10):1171–6.
25. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540–1.
26. Sarberg M., Bladh M., Josefsson A., Svanborg E. Sleepiness and sleep-disordered breathing during pregnancy. *Sleep Breath*. 2016;20(4):1231–7.
27. Richardson G.S., Roth T. Future directions in the management of insomnia. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(Suppl 10):39–45.
28. Dørheim S.K., Bjorvatn B., Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *PLoS One*. 2014;9(4):e94674.
29. Ejaz S.M., Khawaja I.S., Bhatia S., Hurwitz T.D. Obstructive sleep apnea and depression: a review. *Innov Clin Neurosci*. 2011;8(8):17–25.
30. Izci Balserek B. Sleep disordered breathing in pregnancy. *Breathe (Sheff)*. 2015;11(4):268–77.
31. Facco F.L., Parker C.B., Reddy U.M. Association between sleep-disordered breathing and hypertensive disorders of pregnancy and gestational diabetes mellitus. *Obstet Gynecol*. 2017;129(1):31–41.
32. Link B.N., Eid C., Bublitz M.H. Pulse transit time in pregnancy: a new way to diagnose and classify sleep disordered breathing? *Sleep*. 2019;42(5).
33. Bublitz M.H., Monteiro J.F., Caraganis A. Obstructive sleep apnea in gestational diabetes: a pilot study of the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. *J Clin Sleep Med*. 2018;14(1):87–93.
34. Wilt T.J., MacDonald R., Ouellette J. et al. Pharmacologic therapy for primary restless legs syndrome: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013;173(7):496–505.
35. Dogar I.A., Khawaja I.S., Azeem M.W. et al. Prevalence and risk factors for depression and anxiety in hospitalized cardiac patients in Pakistan. *Psychiatry (Edmont)*. 2008;5(2):38–41.
36. Cain M.A., Brumley J., Beauchamp W. et al. A pilot study of cognitive behavioral therapy for RLS delivered in pregnancy. *Sleep*. 2016;39:A214.
37. Manconi M., Govoni V., De Vito A. et al. Restless legs syndrome and pregnancy. *Neurology*. 2004;63(6):1065–9.
38. Dørheim S.K., Bjorvatn B., Eberhard-Gran M. RLS and depressive symptoms in late pregnancy: a population-based study. *Behav Sleep Med*. 2012;10(3):152–66.
39. Darvishi N., Daneshkhal A., Khaledi-Paveh B. et al. The prevalence of Restless Legs Syndrome/Willis-ekbom disease (RLS/WED) in the third trimester of pregnancy: a systematic review. *BMC Neurol*. 2020;20:132.
40. Dunietz G.L., Lisabeth L.D., Shedden K. et al. Restless Legss syndrome and sleep-wake disturbances in pregnancy. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(7):863–70.
41. Bazalakova M. Sleep Disorders in Pregnancy. *Semin Neurol*. 2017;37(6):661–8.
42. Fawale M.B., Ismaila I.A., Kullima A.A. et al. Restless legs syndrome: a rarity in the Nigerian pregnant population? *Sleep Med*. 2018;43:47–53.
43. Garbazza C., Manconi M. Management strategies for restless Legs syndrome/Willis-Ekbom disease during pregnancy. *Sleep Med Clin*. 2018;13(3):335–48.
44. McLafferty L.P., Spada M., Gopalan P. Pharmacologic Treatment of Sleep Disorders in Pregnancy. *Sleep Med Clin*. 2018;13(2):243–50.
45. Muth C.C. Restless Legss syndrome. *JAMA*. 2017;317(7):780.
46. Tan M., Bourjeily G. Shaking up perspectives of restless legs syndrome in pregnancy. *J Clin Sleep Med*. 2017;13(7):857–8.
47. Chang J.J., Pien G.W., Duntley S.P., Macones G.A. Sleep deprivation during pregnancy and maternal and fetal outcomes: is there a relationship? *Sleep Med Rev*. 2010;14(2):107–14.
48. Shang X., Yang J., Guo Y. et al. Restless legss syndrome among pregnant women in China: prevalence and risk factors. *Sleep Breathing*. 2015;19(3):1093–9.
49. Shahzad M.F., Aslam R., Fiaz R. Prevalence of restless legs syndrome in pregnant females. *Pak J Med Health Sci*. 2018;12(1):177–9.
50. Felder J.N., Hartman A.R., Epel E.S., Prather A.A. Pregnant Patient Perceptions of Provider Detection and Treatment of Insomnia. *Behav Sleep Med*. 2020;18(6):787–96.
51. Okun M.L., Kiewra K., Luther J.F. et al. Sleep disturbances in depressed and nondepressed pregnant women. *Depress Anxiety*. 2011;28(8):676–85.
52. Qaseem A., Kansagara D., Forcica M.A. et al. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2016;165:125–33.
53. Sedov I.D., Goodman S.H., Tomfohr-Madsen L.M. Insomnia treatment preferences during pregnancy. *J Obstet Gynecol neonatal Nurs*. 2017;46:e95–104.
54. Manber R., Bei B., Simpson N. et al. Cognitive Behavioral Therapy for Prenatal Insomnia. *Obstet Gynecol*. 2019;133(5):911–9.
55. Miller M.A., Mehta N., Clark-Bilodeau C., Bourjeily G. Sleep Pharmacotherapy for Common Sleep Disorders in Pregnancy and Lactation. *Chest*. 2020;157(1):184–97.
56. Khazaie H., Ghadami M.R., Knight D.C. et al. Insomnia treatment in the third trimester of pregnancy reduces postpartum depression symptoms: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res*. 2013;210(3):901–5.
57. Wang L.H., Lin H.C., Lin C.C. et al. Increased risk of adverse pregnancy outcomes in women receiving zolpidem during pregnancy. *Clin Pharmacol Ther*. 2010;88(3):369–74.
58. Ban L., West J., Gibson J.E. et al. First trimester exposure to anxiolytic and hypnotic drugs and the risks of major congenital anomalies: a United Kingdom population-based cohort study. *PLoS One*. 2014;9(6):e100996.
59. Yonkers K.A., Gilstad-Hayden K., Forray A., Lipkind H.S. Association of panic disorder, generalized anxiety disorder, and benzodiazepine treatment during pregnancy with risk of adverse birth outcomes. *JAMA Psychiatry*. 2017;74(11):1145–52.