

Диагностика и лечение нарушений сна в практике терапевта

Р.В. Бузунов, д.м.н., И.В. Назаренко, к.м.н., Департамент здравоохранения г. Москвы, РФ

Задачи, стоящие перед терапевтом во время амбулаторного приема пациента с бессонницей, достаточно сложны и многоплановы.

→ Во-первых, необходимо уточнить генез бессонницы, установить диагноз и назначить лечение самостоятельно либо направить пациента к специалисту, например к неврологу или психотерапевту, поскольку, помимо первичной бессонницы, существует еще и вторичная, которая является не самостоятельным заболеванием, а симптомом около 50 других болезней и расстройств, таких как депрессия, синдром обструктивного апноэ сна, синдром беспокойных ног, кофеиновая зависимость и др. В амбулаторной практике до 80% всех случаев бессонницы имеют вторичный генез и требуют различных подходов к лечению.

Во-вторых, в случае назначения медикаментозного лечения необходимо сориентироваться в десятках препаратов, назначаемых в качестве снотворных, и выбрать наиболее подходящий для пациента вариант, обязательно учитывая характер симптомов, наличие сопутствующих заболеваний, противопоказания, взаимодействие с другими препаратами и побочные эффекты. Так, например, бензодиазепиновые снотворные препараты противопоказаны при синдроме обструктивного апноэ сна (СОАС) и ночной гипоксии, а длительно действующие гипнотики нельзя назначать пациентам, образ жизни которых предполагает ежедневное пребывание за рулем автомобиля.



Определение и классификация

Ряд отечественных авторов для обозначения нарушений сна предпочитают использовать термин «инсомния», однако в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) с этой целью применяется термин «бессонница». Общепризнанное определение бессонницы приведено в Международной классификации расстройств сна. Для установления диагноза бессонницы необходимо наличие одного или более

критериев, приведенных в пункте А, а также наличие критериев из пунктов В и С.

А. Жалобы на трудности с первичным засыпанием, поддержанием сна, на слишком ранние пробуждения либо хронически не бодрящий или плохой сон.

В. Нарушения сна отмечаются, несмотря на возможность и условия для нормального сна.

С. Необходимо наличие по меньшей мере одного дневного симптома, связанного с нарушением сна:

- усталость/слабость;
- нарушение внимания, концентрации или ухудшение памяти;
- снижение работоспособности или низкая успеваемость в учебе;
- раздражительность, снижение настроения;
- дневная сонливость;
- снижение мотивации/энергии/инициативы;
- склонность к ошибкам/инцидентам в работе или при управлении автомобилем;
- головная боль напряжения и/или желудочно-кишечные симптомы после «плохих» ночей;
- беспокойство по поводу нарушений сна.

Наиболее частые причины проблем с засыпанием, поддержанием сна и ранним пробуждением приведены в таблице 1.

Бессонница классифицируется в зависимости от ее продолжительности. Транзиторная (преходящая) длится не более недели и, как

правило, связана с какими-либо эмоциональными переживаниями или переменами в жизни больного. Ввиду кратковременности преходящая бессонница не представляет серьезной опасности для здоровья пациента. Такая форма, как правило, не требует особого лечения, а нарушения сна бесследно исчезают после прекращения воздействия психологических факторов, ставших причиной бессонницы.

Кратковременная бессонница длится от 1 до 4 нед. При этой форме бессонницы нарушения сна носят более выраженный характер, а их последствия для всего организма более значительны. В данном случае целесообразна консультация врача с целью уточнения причин бессонницы и определения тактики лечения.

Хроническая бессонница длится более 4 нед, ее симптомы отмечаются как минимум 3 раза в неделю. Как правило, для этой формы заболевания характерны выраженное

патологическое изменение субъективного отношения больного ко сну, а также наличие различных соматических/психологических факторов, предрасполагающих к развитию указанного нарушения. Лечение данной формы бессонницы требует обязательного вмешательства специалистов и не допускает самолечения.

Наиболее частые причины бессонницы в зависимости от ее длительности приведены в таблице 2.

Бессонница также подразделяется на первичную и вторичную. Первичная диагностируется в том случае, когда не удается выявить медицинских (психических, поведенческих, медикаментозных) или иных причин бессонницы; вторичная является следствием заболеваний и расстройств, которые приводят к нарушению сна. Всего существует около 50 причин вторичной бессонницы (табл. 3).

Периодически испытывают бессонницу около трети взрослых людей, около 10-15% — страдают

Таблица 1. Наиболее частые причины, вызывающие пре-, интра- и постсомнические расстройства

Пресомнические (нарушение засыпания)	Интрасомнические (нарушение поддержания сна)	Постсомнические (ранние пробуждения с невозможностью повторного засыпания)
Синдром задержки фазы сна (сова) Смена часовых поясов (перелеты на восток) Тревожное состояние Синдром беспокойных ног	СОАС Синдром беспокойных ног Болевые синдромы	Депрессия Синдром раннего наступления фазы сна (жаворонок) Смена часовых поясов (перелеты на запад) Алкогольная зависимость

Таблица 2. Причины, вызывающие эпизодическую, кратковременную и хроническую бессонницу

Эпизодическая бессонница (до 1 нед)	Острый стресс Острое соматическое заболевание Синдром смены часовых поясов Острое нарушение режима сна и бодрствования
Кратковременная бессонница (1-4 нед)	Продолжающийся стресс Хронизация острой бессонницы (присоединение условно-рефлекторного компонента) Дебют психического или соматического заболевания Сохраняющееся нарушение режима сна и бодрствования
Хроническая бессонница (более 4 нед)	Хронические психические и соматические заболевания Расстройства сна (СОАС, синдром беспокойных ног) Злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами

Таблица 3. Частые коморбидные заболевания и состояния при вторичной бессоннице	
Группа	Заболевания, состояния и симптомы
Расстройства сна	СОАС, 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	ХОЗЛ, эмфизема, астма, ларингоспазм, одышка
Костно-мышечные	Ревматоидный артрит, артрозы, фибромиалгия, синдром Шегрена, дорсопатии
Желудочно-кишечные	Гастроэзофагеальный рефлюкс, пептическая язва желудка и двенадцатиперстной кишки, холелитиаз, колит, синдром раздраженного кишечника
Мочеполовые	Недержание мочи, простатит, аденома предстательной железы, никтурия, цистит
Эндокринные	Гипотиреоз, гипертиреоз, сахарный диабет
Репродуктивные	Беременность, менопауза, предменструальный синдром
Другие	Аллергия, ринит, синусит, бруксизм, алкогольная и лекарственная зависимость, синдром отмены

хронической бессонницей. По данным ряда эпидемиологических исследований, нарушения сна отмечается у трети лиц старше 65 лет. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства.

Для принятия решения о назначении лечения или направления к другим специалистам врачу необходимо уточнить генез бессонницы. В общетерапевтической практике до 80% случаев бессонницы являются вторичными. Наиболее частыми и клинически значимыми причинами вторичной бессонницы являются депрессивное (15-25% случаев), тревожное (10-15% случаев) состояния, СОАС и гипоксические состояния во сне (5-10% случаев), синдром беспокойных ног

(5-10% случаев), прием стимулирующих веществ (кофеин, алкоголь) и лекарств (5-10% случаев).

Ниже кратко описаны симптомы данных расстройств.

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 трудноостановимый поток негативных мыслей. Иногда развивается феномен нарушения восприятия сна, когда пациент ощущает полное отсутствие сна в течение нескольких дней, недель и даже месяцев. Нарушение сна может быть первым симптомом депрессивного состояния, развивающимся до появления классических симптомов депрессии: подавленного

настроения, отсутствия желаний, апатии, чувства вины и т. д.

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 тревожного состояния являются чувство внутреннего напряжения, взвинченность, нервозность, учащенное сердцебиение, покалывания в области сердца, ощущение комка в горле, ощущение неудовлетворенности вдохом.

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

Синдром обструктивного апноэ сна

Около 30% взрослого населения постоянно храпит во сне. Храп является предвестником и одним из основных клинических проявлений 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, при этом около 40% пациентов с СОАС могут обращаться к врачам с жалобами на бессонницу.

В клинической практике используется достаточно простое правило, с помощью которого можно заподозрить СОАС и назначить дополнительное обследование. При наличии трех или более из указанных признаков (либо только первого признака) необходимо углубленное обследование на предмет выявления СОАС:

- указания на остановки дыхания во сне;
- жалобы на громкий или прерывистый храп;
- повышенная дневная сонливость;
- учащенное ночное мочеиспускание;
- длительное нарушение ночного сна (>6 мес);
- артериальная гипертензия (особенно ночная и утренняя);
- ожирение 2-4 ст.

Вероятность апноэ сна очень высока (30-50%) у пациентов с такими соматическими диагнозами, как ожирение 2 степени и выше (индекс массы тела >35), метаболический синдром, синдром Пиквика, артериальная гипертензия 2 степени и выше (особенно ночная, утренняя и рефрактерная к лечению), сердечные брадиаритмии в ночное время, сердечная недостаточность 2 степени и выше, ХОЗЛ тяжелого течения



(ОФВ₁ <50%), дыхательная недостаточность 2 степени и выше, легочное сердце, гипотиреоз (снижение функции щитовидной железы).

Хроническая ночная гипоксемия и соннозависимая дыхательная недостаточность

Хроническая ночная гипоксемия развивается на фоне альвеолярной гиповентиляции, обусловленной такими заболеваниями, как тяжелое ХОЗЛ, эмфизема легких, бронхиальная астма, нейромышечные заболевания, морбидные формы ожирения (Пиквикский синдром). Ухудшение состояния в ночное время обусловлено выключением из акта дыхания межреберных мышц, снижением экскурсии диафрагмы, увеличением бронхиального сопротивления во время сна. Около 50% пациентов могут предъявлять жалобы на бессонницу. Ночная гипоксемия проявляется следующими симптомами: частыми пробуждениями и отсутствием бодрости после сна; учащенным ночным мочеиспусканием (>2 раз за ночь); затрудненным дыханием, одышкой или приступами удушья в ночное время; ночной потливостью, разбитостью по утрам; утренними головными болями, выраженной дневной сонливостью; депрессией,

апатией, раздражительностью, снижением настроения и памяти.

В случае подозрения на СОАС 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 во время ночного сна. При нарушениях дыхания во сне противопоказано назначение бензодиазепинов.

Синдром беспокойных ног

Синдром беспокойных ног — неврологическое заболевание, проявляющееся неприятными ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью преимущественно в покое или во время сна. Основные проявления заболевания таковы.

- Неприятные ощущения в ногах, обычно 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, голених, стопах и волнообразно усиливаются каждые 5-30 с.

- Ухудшение в покое. Наиболее характерными и необычными проявлениями заболевания являются усиление неприятных ощущений и необходимость двигать ногами в покое. Ухудшение обычно отмечается в положении сидя или лежа, особенно при засыпании.

- Улучшение при движении. Симптомы значительно ослабевают или исчезают при движении. Лучший эффект чаще всего оказывают ходьба или просто стояние.

- Связь со временем суток. Симптоматика значительно усиливается в вечернее время и в первую половину ночи (между 18:00 и 4:00). Перед рассветом симптомы ослабевают и в первой половине дня могут исчезнуть.

- Движения конечностей во сне. Во время сна отмечаются периодические непроизвольные движения нижних конечностей через каждые 5-40 с.

- 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 и лекарственных препаратов

Выявить обусловленную приемом психоактивных веществ или лекарственных препаратов бессонницу весьма просто, если знать, какие субстанции могут ее вызывать и уточнить, употребляет ли их пациент (табл. 4).

Лечение бессонницы Немедикаментозная терапия

Все пациенты должны получать рекомендации по соблюдению гигиены сна.

- Соблюдение режима сна. Для поддержания нормального биологического ритма просыпаться необходимо в одно и то же время как в будни, так и в выходные независимо от количества часов сна.

- Сокращение времени сна. Человек обычно тратит на сон больше времени, чем необходимо. У людей, страдающих бессонницей, сокращение времени пребывания в постели может существенно улучшить глубину и эффективность сна.

- Никогда не заставляйте себя спать. Если заснуть не удастся, лучше спокойно отдохнуть, просматривая телепередачи и т. п.

- Не бояться бессонницы. Одна бессонная ночь, как правило, не влияет на выполнение коротких задач, таких как переговоры, лекции, экзамены или спортивные соревнования. Только при монотонной или очень опасной работе следует беспокоиться об ухудшении своих способностей на следующий день.

- Не решать проблемы в момент засыпания. Необходимо решить все накопившиеся проблемы до отхода ко сну или отложить это на завтра.

- Регулярные занятия физическими упражнениями. Физическая нагрузка является одним из наиболее эффективных антистрессорных средств. Лучшее время для занятий — с 17:00 до 20:00. Оптимальная частота — 3-4 раза в неделю, продолжительность — 30-60 мин. Прекращение занятий — минимум за 90 мин до сна.

- Уменьшение потребления стимуляторов. Обычно человек ежедневно потребляет значительное количество кофеина, содержащегося в кофе, чае, различных тонизирующих напитках и шоколаде. В зеленом чае содержится больше кофеина, чем в черном. Стимулирующие эффекты кофеина достигают пика через 2-4 ч после употребления (прием кофеинсодержащих продуктов должен иметь место не позднее, чем за 6-8 ч до сна).

- Уменьшение (прекращение) курения. Никотин, содержащийся в сигаретах, обладает еще большим

Таблица 4. Медикаменты и психоактивные вещества, вызывающие бессонницу

Антидепрессанты	Ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, пароксетин, сертралин, флувоксамин, дулоксетин), ингибиторы моноаминоксидазы
Стимуляторы	Кофеин, метилфенидат, амфетамин, эфедрин и дериваты, кокаин
Деконгестанты	Фенилэфрин, фенилпропаноламин, псевдоэфедрин
Наркотические анальгетики	Оксикодон, кодеин, пропаксифен
Сердечно-сосудистые	Бета-блокаторы, агонисты и антагонисты альфа-рецепторов, диуретики, липидоснижающие препараты
Легочные	Теofilлин, альбутерол
Алкоголь, никотин	

стимулирующим эффектом, чем кофеин (не следует курить за 2 ч до сна).

- Соблюдение умеренности в потреблении спиртных напитков. Только малые дозы алкоголя (50 г водки или 1 бокал вина) оказывают успокаивающее действие.

- Не ложиться спать голодным или с переполненным желудком. Не принимать пищу за 2-3 ч до сна, не употреблять за ужином продуктов, которые вызывают газообразование (орехи, бобовые или сырые овощи), не ложиться спать голодным (рекомендуется легкая закуска – банан или яблоко).

- Соблюдение ритуала отхода ко сну. Перед отходом ко сну регулярно следует выполнять действия, направленные на психическое и физическое расслабление. Это могут быть теплая ванна для уменьшения физического напряжения, упражнения по самовнушению или прослушивание спокойной музыки для психического расслабления.

Возможно также применение различных поведенческих методик, которые по своей эффективности сравнимы с применением гипнотиков (табл. 5).

На амбулаторном приеме врач может кратко описать данные методики или выдать пациенту письменные рекомендации по их применению.

Терапия ограничением сна

Большинство людей легче засыпают и лучше спят, когда они ощущают сонливость. Чтобы вызвать сонливость к вечеру и облегчить засыпание, необходимо ограничить длительность сна или пребывания в постели в течение каждой ночи на протяжении нескольких недель. Помимо этого, необходимо соблюдать общие рекомендации по гигиене сна.

- Можно оставаться в постели только то количество времени, которое, по мнению пациента, он спит, плюс 15 мин. Например, если пациент считает, что спит каждую ночь только по 5 ч (еще 3 ч уходит на то, чтобы уснуть), то ему позволено находиться в постели 5 ч 15 мин.

- Следует вставать каждый день в одно и то же время. Если пациент спит 5 ч и обычно встает в 6:00, ему позволено находиться в постели с 00:45 до 6:00.

- Не стоит пытаться вздремнуть в течение дня.

- Если пациент добился того, что спит в течение 85% времени пребывания в постели, он может увеличить длительность этого периода, ложась спать на 15 мин раньше. (Вставать утром при этом необходимо в одно и то же время.)

- Необходимо применять данный метод до тех пор, пока время сна

не составит 8 ч (или желаемое количество). Возможно, при этом пациент отметит, что выделяемое на сон время сократится на 1-3 ч по сравнению с тем периодом, когда он страдал бессонницей.

Данная методика дает эффект через 3-4 нед. Следует помнить, что при терапии ограничением сна пациент может испытывать повышенную сонливость в течение дня, поэтому ему необходимо быть крайне внимательным при вождении автомобиля и выполнении опасных работ.

Терапия контроля раздражителя

- Пациенту разрешается лежать в постели без сна только в течение 15 мин. Если по истечении указанного времени он не смог уснуть, нужно встать с постели. Не рекомендуется ложиться в кровать и пытаться уснуть снова до начала следующего часа. Например, если пациент лег в 23:00 и не заснул до 23:15, ему необходимо встать, выйти в другую комнату (кровать использовать только для сна!), посмотреть телевизор или почитать. Можно заняться каким-либо нудным занятием, например наведением порядка в бумагах. Не следует ложиться в постель до 00:00. Если при второй попытке пациент не заснул до 00:15, нужно снова встать и продолжить бодрствовать до 01:00 и т. д. Обычно

Таблица 5. Поведенческие методики лечения бессонницы

Техника	Цель
Когнитивная терапия	Разъяснение пациенту ложных представлений о сне и способах его улучшения
Терапия ограничением сна	Ограничить фактическое пребывание пациента в постели с целью обеспечения более глубокого и стабильного сна
Терапия контроля раздражителя	Устранение отрицательных условных рефлексов, связанных со сном. Спальня должна ассоциироваться со сном
Релаксационная терапия	Уменьшение возбудимости и тревожности пациента
Оптимизация циркадных ритмов	Регулярный цикл «сон/бодрствование», использование света для синхронизации биологических ритмов
Когнитивная поведенческая терапия	Комбинация поведенческих и когнитивных подходов, перечисленных выше

требуется не более 1-2 попыток. Однако при тяжелой бессоннице в первые несколько дней могут потребоваться 3-4 попытки.

- Независимо от того когда пациент уснул, ему следует подниматься утром в одно и то же время, даже если очень хочется спать. Лучше всего сделать несколько физических упражнений и выйти на свежий воздух.

- Необходимо отказаться от дневного отдыха (сна). Дневной сон уменьшит сонливость к вечеру и сведет на нет все предыдущие усилия.

- Рекомендуется ведение дневника (время, когда пациент лег в постель; после какой попытки заснул; когда встал с постели).

- Если в течение недели пациент ≥ 4 раз не смог уснуть после первой попытки, из времени пребывания в постели следует первый час убрать.

- Если в течение следующей недели пациент также ≥ 4 раз не смог заснуть после первой попытки, нужно убрать еще один час из времени пребывания в постели. И так каждую последующую неделю до тех пор, пока он будет засыпать после первой попытки минимум 4 раза в неделю. Возможно, после реализации данной программы его пребывание в постели сократится на 1-3 ч, 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 пациентов через некоторое время (возможно, через несколько месяцев или лет) возвращаются к своим старым привычкам и бессоннице. В таком случае следует повторить описанную выше программу, что позволит снова нормализовать сон.

Медикаментозное лечение

При назначении снотворных препаратов врач должен четко понимать возможные последствия такой

терапии. В идеале гипнотики нельзя использовать дольше 4 нед, однако рецептурные препараты (гипнотики, анксиолитики или антидепрессанты) принимаются пациентами в среднем 26 мес. В Европе около 30% пациентов с бессонницей принимают рецептурные гипнотики в течение более чем 4-5 лет. В общей популяции (пациенты с бессонницей и без нее) 5% лиц принимают одновременно рецептурные препараты и алкоголь. При наличии алкогольной зависимости применение бензодиазепинов и барбитуратов достаточно быстро приводит и к лекарственной зависимости.

Современные международные рекомендации предлагают следующую тактику фармакотерапии у пациентов с первичной бессонницей.

- Новые небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов, например золпидем, залеплон; короткодействующие (период полувыведения — до 6 ч) бензодиазепины, например мидазолам, триазолам; среднедействующие (период полувыведения — 6-12 ч) бензодиазепины, например темазепам.

- Антидепрессанты с седативным эффектом, особенно в случае сочетания бессонницы с сопутствующей тревогой/депрессией: тразодон, амитриптилин, мirtазапин.

- Комбинированное лечение небензодиазепиновыми агонистами бензодиазепиновых рецепторов и антидепрессантами с седативным эффектом.

- Другие препараты, обладающие седативным эффектом: противоэпилептические (габапентин) и атипичные антипсихотики, например кветиапин, оланзапин.

При необходимости длительного применения снотворных препаратов целесообразно применять методики прерывистого назначения снотворных, минимизирующие риск развития лекарственной зависимости.

Лечение проводят в соответствии

с потребностями больного, но с ограничением частоты приема (10 таблеток в месяц); препараты должны приниматься только в те ночи, когда беспокоит наиболее выраженная бессонница.

Стандартное прерывистое лечение проводится курсами по 2-3 нед с последующим перерывом в 2-3 нед. Во время перерыва основной акцент смещается на немедикаментозное лечение бессонницы.

Контролируемое прерывистое лечение в соответствии с потребностью пациента предполагает ограничение приема снотворных препаратов 3 таблетками в течение недели. В воскресенье пациент должен определить 3 ночи в течение следующей недели, когда возможно применение снотворных. Главными критериями выбора «лекарственной ночи» являются задачи и потребности следующего дня. Пациент может, но не обязан принимать таблетку в «лекарственную ночь». В остальные ночи прием снотворных строго запрещен.

Выбор гипнотиков

В настоящее время широко используются бензодиазепины, в частности феназепам, который относится к длительнодействующим препаратам. У бензодиазепинов существенно выше суммарный риск различных побочных эффектов, частота резидуальных эффектов и нежелательных взаимодействий с другими лекарственными средствами по сравнению с соответствующими показателями для нового поколения небензодиазепиновых агонистов бензодиазепиновых рецепторов — так называемой Z-группы (зопиклона, золпидема, залеплона). Бензодиазепины также имеют более высокий риск развития лекарственной зависимости по сравнению с Z-гипнотиками.

У пациентов с установленным или предполагаемым диагнозом СОАС и/или соннозависимой дыхательной недостаточности противопоказано

применение бензодиазепиновых снотворных и барбитуратов, обладающих миорелаксирующим и угнетающим респираторную функцию действием. Применение бензодиазепинов может быть связано с увеличением смертности у пациентов старших возрастных групп, у которых высока частота расстройств дыхания во сне. Бензодиазепины также противопоказаны пациентам с хроническим нарушением легочной функции, обусловленным ХОЗЛ и другой респираторной патологией.

В то же время препараты Z-группы не оказывают существенного отрицательного эффекта на респираторную функцию у пациентов с ХОЗЛ легкой или умеренной степени тяжести.

Гипнотики широко назначаются в общей популяции, в которой около 30% пациентов храпят (симптом возможного апноэ сна). Если невозможно объективными методами исследования исключить СОАС у храпящего пациента, а клиническая ситуация требует назначения снотворных, необходимо назначать гипнотики,

которые на фоне курсового лечения снотворными предполагают управлять автомобилем утром после сна. Бензодиазепины снижают внимание, концентрацию и увеличивают риск засыпания за рулем. При приеме бензодиазепинов в дозах, в 2 раза превышающих рекомендованные, способность управлять автомобилем нарушалась в течение всего последнего дня. Курсовое применение бензодиазепинов статистически увеличивает риск дорожно-транспортных происшествий. Ухудшение способности управлять автомобилем доказано и при применении наиболее длительно действующего Z-гипнотика зопиклона. В то же время не отмечалось влияния на способность управлять автомобилем при применении золпидема и залеплона. Золпидем также не оказывал влияния на концентрацию внимания на следующий день после приема препарата.

Указанные преимущества препаратов Z-группы определяют их как средства 1-й линии при терапии различных форм бессонницы. Сравнительная характеристика Z-гипнотиков приведена в таблице 6.

Преимуществом залеплона является возможность его приема не только перед сном, но и при пробуждении среди ночи (если осталось спать не менее 4 ч). Однако это является и некоторым недостатком препарата, если он применяется у пациентов с нарушением не только засыпания, но и поддержания сна. В этой ситуации при вечернем приеме залеплона может потребоваться дополнительный прием второй таблетки в середине ночи. Если у пациента имеются проблемы как с засыпанием, так и с поддержанием сна, то предпочтительнее назначать золпидем.

Итак, первой линией препаратов, назначаемых пациентам на амбулаторном приеме, являются Z-гипнотики среднего (золпидем) и короткого действия (залеплон), которые обладают следующими характеристиками: низким риском побочных эффектов, развития зависимости и синдрома отмены; минимальным влиянием на параметры дыхания во сне; отсутствием выраженного последствия в утренние и дневные часы.

Применение этих препаратов особенно показано в тех случаях, когда

Таблица 6. Характеристика Z-гипнотиков

Препарат, дозировка	Период полувыведения	Длительность действия	Последствие на следующее утро после вечернего приема
Зопиклон, таблетки 7,5 мг	3,5-7 ч (в среднем 5 ч)	6-8 ч	Да
Золпидем, таблетки 10 мг	0,7-3,5 ч (в среднем 2,4 ч)	5-6 ч	Нет
Залеплон, капсулы 5 мг, 10 мг	0,5-2 ч (в среднем 1 ч)	2-3 ч	Нет

которые в наименьшей степени влияют на респираторную функцию, в частности золпидем. Данный препарат не ухудшает параметры дыхания и не влияет на показатели насыщения крови кислородом во сне у пациентов с храпом.

С учетом выраженных резидуальных эффектов средне- и длительнодействующие бензодиазепины (феназепам, диазепам, нитразепам, оксазепам, флунитразепам и др.) противопоказаны пациентам,

Зопиклон обеспечивает наиболее продолжительный эффект, но, как отмечалось выше, обладает последствием на следующее утро и не рекомендуется к применению у пациентов, управляющих автомобилем.

Наиболее оптимальным по длительности снотворным эффектом обладает золпидем. Он обеспечивает полноценный сон в течение 5-6 ч, при этом не имеет эффекта последствия утром и не ухудшает концентрацию и внимание.

дефицит времени или ресурсов на поликлиническом приеме не позволяет в полной мере оценить состояние пациента и выявить все возможные противопоказания к назначению гипнотиков. Применение препаратов Z-группы в такой ситуации в наибольшей степени будет способствовать соблюдению одной из основных заповедей медицины — «Не навреди!». ■

Источник: <http://sleepnet.ru/metodichka/metodichka.html>