

Европейские  
рекомендации по  
диагностике и  
лечению  
бессонницы

Европейские  
рекомендации по  
диагностике и лечению  
бессонницы

→

Riemann, D. et al. (2017),  
European guideline for the  
diagnosis and treatment of  
insomnia. *J Sleep Res*, 26: 675-  
700.

Рекомендации подготовлены  
Европейским обществом  
изучения сна на основании  
обзора публикаций, сделанных  
до июня 2016 г.

→

Клиника психиатрии «Доктор  
САН» (Санкт-Петербург)  
Научный интернет-портал  
«Психиатрия & Нейронауки»

**doctorsan.ru**

**psyandneuro.ru**

## Бессонница: этиология и патофизиология

Данные рекомендации касаются бессонницы как независимого расстройства, а не изолированного симптома или синдрома, связанного с другими соматическими или психическими расстройствами.

Большинство этиологических и патофизиологических моделей бессонницы основаны на модели ЗП, которая выделяет три группы факторов: Предрасполагающие, Провоцирующие, Поддерживающие. Например, наследственность или такие характеристики личности как нейротизм или неадаптивный перфекционизм относятся к предрасполагающим факторам.

Сильные факторы стресса, например, стресс на работе или в личной жизни, обычно провоцируют приступ бессонницы. Приступ бессонницы – очень распространенное явление и в большинстве случаев проходит после ослабления фактора стресса. Хронический стресс может быть причиной хронической бессонницы. Во многих случаях поддерживающие факторы бессонницы включаются в процесс во время перехода от приступа бессонницы к хронической бессоннице. К поддерживающим бессонницу факторам относятся неадаптивные копинговые стратегии: продолжительное время в постели; попытки задремать днем, чтобы компенсировать потерянный сон. Хотя такие действия выглядят разумными, они могут способствовать развитию хронической бессонницы.

Гиперактивационная модель бессонницы относит повышенную активацию в когнитивном, эмоциональном и физиологическом доменах к числу предрасполагающих и одновременно поддерживающих факторов. В основе этой модели данные ЭЭГ об усилении быстрых волн в фазе медленного сна у пациентов с бессонницей. Также наблюдается повышение активности в фазе быстрого сна.

## Бессонница: этиология и патофизиология

В когнитивных моделях бессонницы делается акцент на беспокойстве и руминациях, способствующих развитию бессонницы. Замечено, что пациентам с бессонницей свойственна повышенная эмоциональная реактивность, что может иметь отношение к этиологии бессонницы.

Циркадные факторы важны в подгруппе людей с посменным графиком работы и незрячих людей. Десинхронизация ритма сон/бодрствование и циркадной фазы усложняет засыпание и поддержание сна.

## Бессонница: системы диагностики

В МКБ-10 бессонница находится в двух диагностических категориях: F51.0 «Бессонница неорганической этиологии» и G47.0 «Нарушения засыпания и поддержания сна».

Диагностика «Бессонницы неорганической этиологии» основывается исключительно на жалобах пациента. Никакие количественные критерии оценки сна не требуются. Термин «неорганическая этиология» используется в тех случаях, когда у нарушений сна нет причины в соматическом расстройстве. Однако этот термин в последние годы ставится под сомнение, т. к. у пациентов с бессонницей наблюдаются отклонения на нейробиологическом уровне.

В DSM-5 разделение между первичной и вторичной бессонницей отсутствует. Бессонница понимается как зонтичная категория, в которую входит бессонница разных типов. Решение отказаться от разделения бессонницы было принято на основании данных о том, что лечение первичного расстройства не приводит к исчезновению бессонницы, например, в случае с лечением депрессии.

ICSD-3 (Международная классификация расстройств сна) в основном следует за DSM-5. Для постановки диагноза используются два критерия: нарушение ночного сна и связанное с этим ухудшение состояния днем. Для постановки диагноза требуется, чтобы сон нарушался как минимум 3 ночи в неделю в течение 3 месяцев.

Одиночные приступы бессонницы встречаются очень часто и не требуют лечения. Хроническая бессонница, напротив, требует лечения. Вопрос в том, что считать хронической бессонницей. МКБ-10 говорит об 1 месяце, ICSD-3 – о 3 месяцах. Авторы данных рекомендаций поддерживают критерии ICSD-3.

## Бессонница: диагностика

### 1. Осмотр и анамнез

- Если необходимо, в сборе анамнеза должны принять участие те, кто заботится о пациенте
- Соматические заболевания в прошлом и настоящем (включая болевой синдром)
- Употребление психоактивных веществ (лекарства, алкоголь, кофе, сигареты, нелегальные вещества)
- Физический осмотр
- Дополнительные исследования (если есть показания): общий анализ крови, гормоны щитовидной железы, функции печени и почек, С-реактивный белок, гемоглобин, ферритин и витамин В12; ЭКГ, ЭЭГ, КТ/МРТ; циркадные маркеры (мелатонин, температура тела)

### 2. Психиатрическая/психологическая история

- Психические расстройства в настоящем и прошлом
- Особенности личности
- Ситуация на работе и в личной жизни
- Межличностные конфликты

## Бессонница: диагностика

### 3. Информация о сне

- История расстройства сна, включая провоцирующие факторы
- Информация от человека, спящего рядом (движения конечностей, прерывистое дыхание)
- Рабочий график/циркадные факторы (посменная работа, работа в ночную смену, сдвиг фаз сон/бодрствование)
- Режим сна, включая дневной сон

### 4. Актиграфия

- Если предполагается неправильный режим сна или расстройство циркадного ритма

### 5. Полисомнография

- Если предполагаются другие расстройства сна, такие как синдром периодических движений конечностей во сне, апноэ во сне или нарколепсия
- Если у пациента резистентная к лечению бессонница
- Если пациент относится к профессиональной группе с повышенным риском для безопасности (например, водители)
- Если предполагается значительное несоответствие между субъективно переживаемым качеством сна и полисомнографическими данными

## Бессонница: диагностика

### Основные коморбидные состояния

**Психические:** депрессия, биполярное расстройство, генерализованное тревожное расстройство, паническое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, шизофрения.

**Соматические:** хроническая обструктивная болезнь легких, диабет, хроническая болезнь почек, ВИЧ, опухоли, ревматизм, хроническая боль, апноэ во сне.

**Неврологические:** нейродегенеративные заболевания, фатальная семейная бессонница, сердечно-сосудистые заболевания, рассеянный склероз, черепно-мозговая травма, синдром беспокойных ног.

**Злоупотребление веществами/зависимость:** алкоголь, никотин, кофеин, марихуана, опиоиды, дизайнерские наркотики, кокаин, амфетамин.



## Бессонница: диагностика

ISI (Insomnia Severity Index)\* – опросник для оценки тяжести бессонницы, показавший себя как надежный и валидный инструмент для выявления пациентов с бессонницей.

В ISI семь вопросов. Для каждого вопроса нужно подобрать ответ, лучше всего описывающий текущее положение, т. е. последние 2 недели.

	<b>Нет</b>	<b>Незначи- тельные</b>	<b>Средние</b>	<b>Значи- тельные</b>	<b>Очень сильные</b>
1.Трудности с засыпанием	0	1	2	3	4
2.Трудности с поддержанием сна	0	1	2	3	4
3.Проблемы из-за слишком раннего пробуждения	0	1	2	3	4

#### 4. Оценка удовлетворенности качеством сна

Совершенно доволен: 0

Доволен: 1

Удовлетворен, но не полностью: 2

Не доволен: 3

Совершенно недоволен: 4

#### 5. Заметно ли для других людей ухудшение качества вашей жизни из-за проблем со сном

Нет: 0

Совсем немного: 1

В некоторой степени заметно: 2

Очень заметно: 3

Очень сильно заметно: 4

## Бессонница: диагностика

6. Насколько сильно вы переживаете из-за проблем со сном?

Вообще не переживаю: 0

Совсем немного: 1

Переживаю, но не сильно: 2

Сильно: 3

Очень сильно: 4

7. В какой степени проблемы со сном влияют на ваше состояние днем (усталость, плохое настроение, снижение работоспособности, ухудшение памяти и т. д.)?

Не влияют: 0

Совсем немного: 1

Влияют, но не сильно: 2

Сильно: 3

Очень сильно: 4

### Интерпретация результатов

Сумма набранных баллов

0-7 = Клинически значимой бессонницы нет

8-14 = Подпороговая бессонница

15-21 = Бессонница

22-28 = Бессонница (тяжелая степень)

\* Bastien CH, Vallières A, Morin CM. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. Sleep Med. 2001;2:297-307

## Бессонница: лечение

При наличии коморбидных состояний надо решить, что лечить сначала – бессонницу или коморбидное состояние, или лечить их одновременно.

**Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)** – это лечение первой линии для пациентов всех возрастов.

Фармакологическое лечение следует начинать, если КПТ неэффективна или недоступна.

### Препараты для лечения бессонницы

Бензодиазепины (BZ): диазепам, флунизепам, флуразепам, лорметазепам, нитразепам, оксазепам, темазепам, триазолам

Агонисты бензодиазепиновых рецепторов (BZRA): залеплон, золпидем, зопиклон

Антидепрессанты: агомелатин, amitриптилин, доксепин, миансерин, миртазапин, тразодон, тримипрамин

### **BZ и BZRA**

BZ и BZRA эффективны как кратковременное лечение (не дольше 4 недель);

BZRA так же эффективны как BZ;

У BZ/BZRA с более коротким периодом полувыведения может быть меньше побочных эффектов в виде седации по утрам;

Долговременное использование BZ или BZRA не рекомендуется по причине слабой доказательной базы и возможных побочных эффектов;

Пациентам, принимающим эти препараты ежедневно, следует перейти на режим приема с перерывами.

## Бессонница: лечение

### **Антидепрессанты**

Антидепрессанты (агомелатин, amitриптилин, миансерин, миртазапин, тразодон, тримипрамин, доксефин) рекомендуется использовать как кратковременное лечение; важно учитывать возможные противопоказания.

### **Антигистаминные препараты**

Недостаточно доказательств эффективности, поэтому использование антигистаминных препаратов не рекомендуется.

### **Антипсихотики**

Лечение бессонницы антипсихотиками не рекомендуется по причине слабой доказательной базы и побочных эффектов.

### **Мелатонин**

По причине низкой эффективности мелатонин не рекомендуется для лечения бессонницы.

### **Фитотерапия**

Валерьянка и другие фитотерапевтические средства не рекомендуются, т. к. их эффективность не доказана.

### **Световая терапия и физические упражнения**

Световая терапия и физические упражнения могут использоваться как дополнение к основному лечению.

### **Альтернативная медицина**

Акупунктура, ароматерапия, массаж ног, гомеопатия, медитация, моксотерапия и йога не рекомендуются, т. к. их эффективность не доказана.

## Бессонница: лечение

### Долговременное лечение

Исследования эффективности в основном касаются препаратов, назначаемых на короткий срок (не более 4 недель). Однако бессонница обычно возобновляется после прекращения приема препаратов.

Исследования, посвященные долговременному приему препаратов (как минимум 12 недель), показывают, что их эффективность сохраняется. Хотя несколько исследований отмечают снижение эффективности при долговременном лечении бессонницы. С учетом риска зависимости, BZ и BZRA иногда рекомендуют принимать с перерывами, а не ежедневно.

Собранные доказательства говорят против того, чтобы использовать BZ и BZRA долговременно.

### Риски и побочные эффекты

Риски и побочные эффекты КПТ плохо изучены.

BZ и BZRA опасны тем, что есть риск зависимости и толерантности. Однако данных о том, у какой доли пациентов может сформироваться зависимость, мало. Есть исследования, которые говорят о том, что у пациентов, принимающих препараты с более коротким периодом полувыведения, зависимость формируется быстрее. Золпидем и зопиклон могут ухудшать когнитивные функции на следующий день.

Для пациентов старше 60 серьезность побочных эффектов (повышенный риск переломов, травм головы, суицида) перевешивает полезность BZ/BZRA.

BZ/BZRA ухудшают способность водить автомобиль. BZ значительно повышают риск аварий. Еще сильнее повышает этот риск совместный прием BZ и алкоголя.

## Бессонница: лечение

### Алгоритм лечения

Клинически значимое ухудшение сна?

**Нет.** → Профилактика, обучение гигиене сна.

**Да.** →

Режим сна синхронизирован с циркадными ритмами?

**Нет.** → Профилактика, обучение гигиене сна.

**Да.** →

Пациент принимает что-нибудь для улучшения сна?

**Да.** → Сменить лекарство. Прекратить прием нелекарственных веществ.

**Нет.** →

Есть коморбидные состояния?

**Да.** → Лечить коморбидные состояния и бессонницу.

**Нет.** →

1) КПТ

2) Непродолжительный курс: ВZ, ВZRA, антидепрессанты с седативным эффектом