# Лечение бессонницы

**В** этом обзоре американских авторов даются рекомендации по практическому лечению бессонницы и научной базы современных методов лечения. Бессонница имеет тенденцию к росту с возрастом и преобладает среди женщин, хотя лабораторные исследования показывают, что пожилые мужчины больше страдают нарушением сна. Люди, находящиеся в разводе, вдовствующие или разлученные, чаще сообщают о том, что страдают бессонницей, чем живущие в браке; низкий социально-экономический статус также соотносится с бессонницей. Устойчивая бессонница является фактором риска и предвестником депрессий. Таким образом, эффективное лечение бессонницы может дать возможность предотвратить серьезную депрессию. Хроническая бессонница также связана с повышенным риском автомобильных катастроф, повышенным употреблением алкоголя и сонливостью в течение дня. Поэтому пациенты, страдающие бессонницей, заслуживают серьезного внимания.
   Продолжительность бессонницы у пациента имеет важное диагностическое значение. Кратковременная бессонница, продолжающаяся всего лишь несколько дней, часто является результатом сильного стресса, острого заболевания или самолечения. Бессонница, продолжающаяся более трех недель, считается хронической и обычно имеет разные причины. Диагностические и фармакотерапевтические выводы зависят от того, являются ли симптомы кратковременными или хроническими.
   Диагноз хронической первичной бессонницы ставится, когда затруднено стимулирование или поддержание сна, или когда по меньшей мере в течение целого месяца сон не восстанавливает силы, что вызывает значительный дистресс или снижение социальных, профессиональных или других важных функций. Нарушение сна при первичной или психофизиологической бессоннице не вызывается какой-то другой причиной нарушения сна, психическим расстройством или воздействием лекарства.
   Врачи должны попытаться определить причину бессонницы.
   Первый шаг состоит в определении главного симптома сна - например, бессонница, излишняя сонливость или беспокойное поведение во время сна. Затем врачи должны рассмотреть возможные причины, которые включают: сопутствующие болезненные состояния или их лечение; применение таких веществ как кофеин, никотин или алкоголь; психические нарушения (состояние тревоги, страха); острый или хронический стресс, такой, который бывает в результате тяжелой утраты (потери близких); нарушение суточных ритмов (вызванных ночными сменами); апноэ (сопровождающееся храпом или ожирением); ночная миоклония (судорожное подергивание мышц) и т.д.
   Наиболее частым препятствием в установлении диагноза является затруднение в понимании, что хроническая бессонница имеет много причин.

**Поведенческая терапия**

   Пациентов следует научить ложиться спать только тогда, когда им хочется спать, и пользоваться спальней только для сна и секса, а не для чтения, просмотра телепередач, еды или работы. Если пациенты не могут заснуть после 15-20 минут пребывания в постели, им следует подняться с постели и перейти в другую комнату. Читать они должны при слабом свете и избегать просмотра передач по телевизору, который излучает яркий свет и поэтому оказывает возбуждающее действие; пациентам следует вернуться в постель только, когда им захочется спать. Цель заключается в восстановлении психологической связи между спальней и сном, а не между спальней и бессонницей. Пациенты должны подниматься с постели в одно и то же время каждое утро, независимо от того, сколько они проспали в течение предыдущей ночи. Это стабилизирует график сна-бодрствования и повышает эффективность сна. Наконец, короткий сон в дневное время следует свести к минимуму или вообще избегать, чтобы повысить стремление ко сну ночью. Если пациент нуждается в дневном сне, 30-минутный краткий сон в полдень, вероятно, не нарушит сна ночью.
   Другим полезным поведенческим вмешательством, показавшим эффективность, является ограничение пребывания в постели только временем действительного сна. Эффективность этого подхода, известного как лечение ограничением сна, была продемонстрирована в рандомизированном клиническом испытании, проведенном с пожилыми людьми. Этот метод позволяет слегка “накапливать сон в долг”, который повышает способность пациента заснуть и оставаться спящим. Время, разрешенное для пребывания в постели, понемногу увеличивают, настолько, сколько требуется для полноценного сна. Например, если пациент с хронической бессонницей спит ночью 5,5 часа, время его нахождения в постели ограничивается 5,5-6 часами. Затем пациент добавляет приблизительно 15 минут в неделю к началу каждого ночного времени пребывания в постели, поднимаясь каждое утро в одно и то же время, до тех пор, пока по меньшей мере 85% времени нахождения в постели он будет пребывать в состоянии сна.

**Лечение с помощью лекарственных средств**

   Рациональную фармакотерапию бессонницы, особенно хронической у взрослых и людей старческого возраста, характеризуют пять основных принципов: применять самые низкие эффективные дозы; использовать скачкообразную дозировку (от двух до трех раз в неделю); прописывать лекарства для кратковременного применения (т.е. регулярного применения в течение не более трех-четырех недель); прекращать применение лекарства постепенно; и следить за тем, чтобы бессонница не возобновилась после ее прекращения. Кроме того, обычно предпочтительны препараты с коротким периодом полувыведения, чтобы свести к минимуму седативный эффект в дневное время. Алкоголь и свободно продаваемые лекарственные средства (такие как антигистамины) оказывают лишь минимальный эффект в вызывании сна, в дальнейшем нарушают качество сна и неблагоприятно влияют на работоспособность на следующий день. В табл. 1 перечислены седативные гипнотические лекарственные средства, которые обычно назначают, с информацией относительно дозы (для взрослых и старческого возраста), начала их воздействия, периода полувыведения и наличия или отсутствия в них активных метаболитов. В табл. 2 перечислены наиболее широко распространенные лекарственные средства, которые препятствуют сну.
**Таблица 1. Лекарственные средства, обычно прописываемые**

**для лечения бессонницы**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Лекарственное средстводля  | Обычная лечебная Доза (мг/день) | Время до начала действия мин | Время полувыве- денияч | Активный метаболит |
| для взрослых | Для людей старческого возраста |
| Clonazepam | 0,5-2 | 0,25-1 | 20-60 | 19-60 | нет |
| Clorazepate | 3,75-15 | 3,75-7,5 | 30-60 | 6-848-96 | есть |
| Estazolam | 1-2 | 0,5-1 | 15-30 | 8-24 | нет |
| Lorazepam | 1-4 | 0,25-1 | 30-60 | 8-24 | нет |
| Oxazepam | 15-30 | 10-15 | 30-60 | 2,8-5,7 | нет |
| Quazepam | 7,5-15 | 7,5 | 20-45 | 15-40 | есть |
|   |   |   |   | 39-120 |   |
| Temazepam | 15-30 | 7,5-15 | 45-60 | 3-25 | нет |
| Triazolam | 0,125-0,25 | 0,125 | 15-30 | 1,5-5 | нет |
| Chloral hydrate | 500-2000 | 500-2000 | 30-60 | 4-8 | есть |
| Haloperidol | 0,5-5 | 0,25-2 | 60 | 20 | нет |
| Trazodone | 50-150 | 25-100 | 30-60 | 5-9 | нет |
| Zolpidem | 5-10 | 5 | 30 | 1,5-4,5 | нет |

   С учетом испытаний клинической эффективности у взрослых пациентов, страдающих хронической бессонницей, авторы сделали обзор 123 контролируемых исследований лекарственного лечения (общее число пациентов составило 9114) и 33 контролируемых исследований лечения методом контролируемого поведенческого вмешательства (1324 пациента). Американские исследователи пришли к заключению, что субъективные симптомы и объективные признаки хронической бессонницы отвечают на кратковременное поведенческое и фармакологическое вмешательство. Оба типа вмешательства характерно снижают количество времени, которое требуется для того, чтобы заснуть, на 15-30 минут, по сравнению со временем до проведения лечения, и частоту просыпаний - на одно-три за ночь. Хотя фармакологические средства, похоже, действуют более надежно в течение коротких сроков, а поведенческое вмешательство, видимо, вызывает более продолжительное воздействие, отсутствуют прямые сравнения с учетом долгосрочной эффективности. На основе данных, полученных в контролируемых испытаниях, бензодиазепины, золпидем, антидепрессанты и мелатонин (только одно контролируемое испытание) являются эффективными фармакологическими средствами. Контроль раздражителя, ограничение сна, стратегия релаксации и познавательно-поведенческая терапия являются эффективным поведенческим вмешательством для краткосрочного лечения.
**Таблица 2. Обычно прописываемые лекарства, которые**

**как известно, вызывают бессонницу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Антигипертензив-** | **Стимуляторы центральной** | **Противоопухолевые**  |
| ные препараты | нервной системы | препараты |
| Clonidine | Methylphenidate | Medroxyprogesterone |
|   |   | Leuprolide acetate |
| **Бета-блокаторы** | **Гормоны** | Goserelin acetate |
|   | **Пероральные** | Pentostatin |
| Propranolol | **контрацептивы** | Daunorubicin |
| Atenolol | **Препараты щитовидной** | Interferon alfa |
| Pindolol | **железы** |   |
| Methyldopa |   | **Разные** |
| Reserpine | Cortisone |   |
|   | Progesterone | Phenytoin |
|   |   | Nicotine |
| **Антихолинер-гические средства** | **Симпатомиметические амины** | Levodopa |
|   |   | Quinidine |
| Ipratropium | **Бронходилататоры** | Caffeine (продукты,  |
| bromide |   | имеющиеся в свободной продаже) |
|   | Terbutaline |   |
|   | Albuterol | Anacin |
|   | Salmeterol | Excedrin |
|   | Metaproterenol | Empirin |
|   | **Xanthine-производные** |   |
|   | Theophylline | **Препараты от кашля и простуды** |
|   | **Противоотечные** |   |
|   | Phenylpropanolamine |   |
|   | Pseudoephedrine |   |

   Авторы проконтролировали рандомизированные испытания, проводимые с помощью двойного-слепого метода на пациентах старческого возраста с хронической бессонницей, вызванной разными причинами. В 23 испытаниях с участием 1082 пациентов, среди которых было 516 психогериатрических пациентов или жителей домов для больных престарелых людей, психиатры из Питтсбурга выявили научное подтверждение кратковременной (до трех недель) эффективности золпидема и триазолама для людей старческого возраста, а также темазепама, флуразепама и квазепама, но не хлоралгидрата.
   Период полувыведения седативных гипнотических средств обладает широкой изменчивостью. Побочные эффекты, такие как снижение умственных способностей, слабость, чрезмерная сонливость и несчастные случаи, имеют место гораздо чаще при высоких дозах и когда накапливаются активные метаболиты. Флуразепам и квазепам имеют самый долгий период полувыведения (от 36 до 120 часов) и поэтому обладают преимуществом обеспечения на следующий день анксиолитического действия и снижения вероятности возобновления бессонницы. Однако продолжительное применение этих препаратов может привести к сонливости в дневное время, нарушениям познавательной способности и координации и углублению состояния депрессии. К лекарственным средствам с промежуточным периодом полувыведения (от 10 до 24 часов) без активных метаболитов относятся темазепам и эстазолам. Менее вероятно, что они связаны с чрезмерной сонливостью в дневное время. Лекарственные средства с очень коротким периодом выведения (от 2 до 5 часов) включают триазолам и золпидем.
   Эффективность золпидема, одного из имидазопиридинов, оказалась такой же, как у бензодиазепинов при исследовании острой и хронической бессонницы. Хотя и золпидем, и бензодиазепины проявляют свое действие через модуляцию рецепторного комплекса ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты), менее вероятно, что золпидем, а не бензодиазепины нарушает построение сна и оказывает побочные действия на познавательные и психомоторные способности (и может оказывать меньше влияния на синдром отмены). Хотя эти потенциальные преимущества предполагают, что золпидем может оказаться полезным в лечении острой и хронической бессонницы, поскольку он действует через комплекс GABA-рецептор, теоретически он несет такой же риск, включающий зависимость, как и бензодиазепины, и в результате его применение в течение более 4 недель обычно не поощряется.
   Перед назначением каких-либо снотворных, врач должен учитывать основные проблемы безопасности. Например, беременные женщины, а также больные с возможной остановкой дыхания во сне, которая может обостриться при применении снотворных средств, и больные, страдающие почечной или печеночной недостаточностью, могут подвергаться большому риску побочных действий седативных средств. Беспокойство врачей в связи с возможной зависимостью от бензодиазепинов и золпидема и их побочными эффектами наряду с потребностями контроля, такими как выписывание рецептов в трех экземплярах, привело за последние годы к 30% снижению назначений бензодиазепинов и 100% росту применения антидепрессантов в качестве снотворных средств.
   Серотонин-специфические антидепрессанты, такие как тразодон и парокситен, облегчают нарушение сна, которое сопровождает депрессию и оказывают меньше побочных действий, чем трициклические антидепрессанты. Благоприятное воздействие серотонин-специфических антидепрессантов при хронической бессоннице еще не получило достаточной систематической оценки. Возможно, что применение лечения безопасным серотонинергическим антидепрессантом сможет уменьшить груз хронической бессонницы и предотвратить опасную депрессию. В настоящее время антидепрессанты широко применяются, и их прописывают в более низких дозах, для лечения бессонницы, чем при депрессии. Эта практика распространилась в отсутствие данных контролируемых клинических испытаний. Возможно, что применение лечения, при котором низкая доза антидепрессантов (например, 20 мг парокситена в день) может и улучшить сон, и помочь предотвратить депрессию при хронической бессоннице