

ОСТРАЯ (АДАПТАЦИОННАЯ) ИНСОМНИЯ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ДИЛЕММА

Инсомния, связанная с ситуационным стрессовым событием, имеет относительно благоприятный прогноз и самостоятельно разрешается по мере уменьшения эмоционального напряжения. Однако у многих людей инсомния, начавшись в ответ на стрессовое событие, приобретает хронические черты и сохраняется после разрешения стресса. Этой категории пациентов необходима терапия на ранних этапах, при возникновении первых симптомов. В работе рассматриваются предикторы и механизмы хронизации инсомнии, а также возможности препарата доксиламин в купировании нарушений сна.

Ключевые слова: адаптационная инсомния, стресс, когнитивные механизмы хронизации инсомнии, седативно-гипнотические средства, доксиламин.

O.V. VOROBIEVA, MD, Prof., Sechenov First Moscow State Medical University
ACUTE (ADAPTATION) INSOMNIA: THERAPEUTIC DILEMMA

A situation stress – induced insomnia has a relatively favorable forecast and independently resolves as far as the emotional tension reduces. But in many persons insomnia that developed as a response to the stressful situation acquires chronic features and retains after the stress resolution. This category of patients requires therapy at an early stage, at development of first symptoms. The work considers predictors and insomnia chronization mechanisms, as well as possibilities of doxylamine in sleep disturbance arresting.

Keywords: adaptation insomnia, stress, cognitive mechanisms of insomnia chronization, sedative and hypnotic drugs, doxylamine.

Всемирная организация здравоохранения определяет бессонницу (инсомнию) как неоднократные трудности засыпания, поддержания сна, уменьшение продолжительности сна и/или нарушение качества сна, приводящие к снижению активности в дневное время. Важно отметить, что вышеописанные нарушения сна не должны быть связаны с временным ограничением сна из-за внешних событий и/или плохими условиями для сна. Бессонница подразделяется на следующие категории: (1) транзиторная, длящаяся менее 1 нед.; (2) краткосрочная, продолжительностью от 1 до 4 нед.; (3) хроническая, длительностью более 1 мес. [1]. Распространенность симптомов транзиторной и кратковременной бессонницы в общей популяции составляет приблизительно 30–50%. Хроническая бессонница, носящая первичный или вторичный характер, имеет распространенность от 9 до 15% и возникает чаще у женщин, пожилых людей и пациентов с хроническими соматическими и психическими расстройствами [2].

ОСТРАЯ (ТРАНЗИТОРНАЯ, КРАТКОСРОЧНАЯ) БЕССОННИЦА

Нарушения сна в большинстве случаев длятся не более месяца, по мнению некоторых экспертов, максимум до трех месяцев. Острая бессонница связана с двумя отдельными кластерами причин: внешние (средовые) «помехи» и ситуационные стрессовые события. Внешние средовые факторы включают чрезмерный шум или свет, перепады температур, неудобную кровать/матрас и др. Связанными со стрессом могут быть такие жизненные события, как переход на новую работу, выпол-

нение срочной работы в условиях дефицита времени, сдача экзаменов, потеря или угроза потери близких людей, финансовые затруднения и др.

Как правило, нарушения сна нивелируются, как только разрешается стрессовая ситуация или человек приспосабливается к новым условиям. Нарушения сна, связанные с внешними гигиеническими причинами, не рассматриваются как болезненное или предболезненное состояние.

Для обозначения бессонницы, инициированной стрессовым событием, принято использовать термин «адаптационная (психофизиологическая) инсомния (первичная инсомния)». Первичная бессонница начинается с длительного стресса у человека, ранее имевшего хороший (адекватный) сон. Пациент отвечает на стресс соматизированными реакциями и эмоциональным напряжением или возбуждением [3]. У лиц с изначально хорошим сном по мере стихания эмоционального напряжения нивелируются ночные проблемы.

В некоторых случаях, начавшись в ответ на стрессовое событие, инсомния приобретает хронические черты, сохраняясь после разрешения стресса, инициировавшего ее

Однако у пациентов с тенденцией к случайным нарушениям сна симптомы бессонницы становятся дополнительным стрессовым фактором, что приводит к утяжелению и хронизации этого состояния. Наиболее уязвимыми в отношении хронизации симптомов бессонницы являются лица: ■ с рецидивирующей бессонницей, которая вновь и вновь возникает в жизни человека в ответ на новые стрессовые события;

- с низким порогом стрессодоступности (биологическая и психологическая уязвимость);
- с низкой социальной поддержкой.

Таким образом, в некоторых случаях, начавшись в ответ на стрессовое событие, инсомния приобретает хронические черты, сохраняясь после разрешения стресса, инициировавшего ее.

Согласно модели Spielman, в основе хронизации инсомнии лежат три компонента: predisпозиционные, инициирующие и поддерживающие факторы [4]. Предиспозиционные факторы могут быть причиной редких, случайных, невыраженных нарушений паттерна сна, но в целом сон оценивается индивидуумом как хороший, пока не случается триггерное событие (инициирующий фактор). Нарушение гигиены сна и другие поддерживающие факторы способствуют персистенции инсомнии даже после регресса инициирующего фактора.

Ретроспективные исследования демонстрируют, что как минимум три четверти лиц с хронической первичной инсомнией могут идентифицировать инициирующий фактор, повлекший развитие у них бессонницы. Также было показано, что эти лица характеризуются избыточным ответом на стресс по сравнению с контрольной группой. Чрезвычайно широк спектр триггеров инсомнии. Это могут быть позитивные и негативные семейные события, профессиональные неурядицы, проблемы с собственным здоровьем. Помимо обыденных стрессовых событий, нарушения сна часто индуцируют стрессоры, непосредственно связанные с медицинскими факторами (табл. 1).

Когнитивные и поведенческие механизмы поддерживают инсомнию. Когнитивные механизмы включают неверное представление о потребности во сне и чрезмерное беспокойство о негативном дневном эффекте неадекватного сна. В результате пациенты часто становятся одержимыми идеей здорового сна и пытаются сделать все возможное, чтобы заснуть. Эти негативные убеждения часто приводят к разрушительному для сна поведению. Например, попытка наверстать упущенный сон за счет дневной дремоты снижает у пациентов есте-

Таблица 1. Типичные стрессоры, способствующие возникновению адаптационной инсомнии

Ятрогенные стрессоры	Неятрогенные стрессоры
Острое или хроническое соматическое заболевание	Межличностные кризисы
Хирургические вмешательства	Супружеская ссора, разезд, развод
Диагностические процедуры	Трудности в профессиональной сфере, в учебе
«Новый» диагноз	Денежные затруднения
Рецидив болезни	Утрата имущества
Болезнь члена семьи	Судебные тяжбы

ственный гомеостатический «позыв» ко сну в привычное время и в привычном месте. Обычно на начальном этапе сну препятствует возбуждение, связанное с размышлениями и беспокойством о предстоящем сне. Но чем больше пациент стремится ко сну, тем более возбужденным он становится и тем меньше способен заснуть. Мысли пациента бесконечно возвращаются к воспоминаниям, как он часами пытается заснуть в своей спальне.

Клиницисты должны понимать, что даже острая, представляющаяся адаптивной бессонница в определенных случаях требует лечения с целью профилактики ее хронизации и развития аффективных нарушений для улучшения качества жизни пациентов

У женщин адаптационная инсомния приобретает хронический характер в 1,5–2 раза чаще, чем у мужчин. Часто у таких женщин имеется предменструальное дисфорическое расстройство [5]. Среди неспецифических факторов, способствующих хронизации инсомнии, наиболее важными являются:

- Женский пол.
- Пожилой возраст.
- Низкий образовательный уровень.
- Отсутствие профессиональной занятости.
- Плохая финансовая обеспеченность.
- Одиночество, отсутствие семьи.

СВЯЗАННЫЕ С БЕССОННИЦЕЙ СОЦИОМЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Несмотря на нехватку сна, многие пациенты с бессонницей не жалуются на чрезмерную сонливость в дневное время. В то же время подавляющее большинство больных испытывают чувство усталости и/или общей слабости, отмечают снижение концентрации внимания. Эти симптомы могут приводить к ошибкам в профессиональной деятельности, затруднять обыденное функционирование, снижать качество жизни. Бессонница также может быть фактором риска развития депрессии и других психопатологических состояний.

Ранее было широко распространено мнение, что большинство случаев адаптационной инсомнии являются вторичными по отношению к переживаемому стрессовому событию, и проблема может быть решена путем использования эффективных стратегий противодействия стрессу. На самом деле бессонница часто сохраняется, несмотря на разрешение стрессового события, и в некоторых случаях упорная бессонница может снизить порог стрессодоступности индивидуума. Клиницисты должны понимать, что даже острая, представляющаяся адаптивной бессонница в определенных случаях требует лечения с целью профилактики ее хронизации и развития аффективных нарушений для улучшения качества жизни пациентов.

ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ СНА/ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Диагностика адаптационной инсомнии требует исключения медицинских состояний, которыми можно объяснить расстройства сна, в т. ч. использования некоторых лекарств или злоупотребления психоактивными веществами.

В первую очередь врачу необходимо определить тип бессонницы, привычки пациента, относящиеся ко сну (гигиена сна). Важно знать, что для транзиторной (адаптационной) бессонницы характерны трудности засыпания и поддержания сна («чуткий» сон), в то время как ранние утренние пробуждения (утренняя бессонница) могут быть симптомом депрессии. Расстройства депрессивного спектра необходимо исключать у лиц, страдающих утренней бессонницей, но не испытывающих трудностей засыпания. Бессонница может предвещать развитие расстройств настроения, а аффективные расстройства могут самостоятельно предрасполагать к бессоннице [6]. Депрессия – многоликое заболевание, которое проявляется комплексом психических и телесных (соматических) симптомов, включая нарушение сна. Основными симптомами депрессии являются:

- печальное настроение (грусть, уныние);
- потеря чувства удовольствия от привычной деятельности; утрата интереса к жизненным событиям, которые раньше составляли «смысл жизни»;
- повышенная усталость или потеря энергичности.

При расспросе пациента следует активно выявлять симптомы нервного напряжения (*табл. 2*), которые являются маркерами психического неблагополучия и требуют специфического лечения, особенно если они наблюдались у пациента до появления бессонницы.

Таблица 2. Симптомы нервного напряжения

<ul style="list-style-type: none"> • головная боль • раздражение • ощущение внутреннего напряжения • симптомы вегетативной дисфункции • тянущие боли в плечах или спине • тоскливое, подавленное настроение 	<ul style="list-style-type: none"> • отказ от увлечений • нервозность • рассеянность, забывчивость • упадок сил • нежелание что-либо делать • жалость к себе • чувство необъяснимой вины и одиночества
---	---

Лица с инсомнией часто пренебрегают гигиеной сна, и этот важный аспект должен быть в фокусе внимания врача, в т. ч. и при выборе стратегии лечения. Полезно проводить оценку медикаментов, используемых пациентом, с точки зрения их влияния на сон. Медикаменты, часто вызывающие инсомнию, представлены в *таблице 3*.

Вторичная инсомния может быть связана с такими проблемами, как синдром обструктивного апноэ/гипопноэ сна, синдром беспокойных ног. В клинической картине, прежде всего, обращает на себя внимание типичный портрет пациента, страдающего обструктивным апноэ

сна. Обычно это полный человек гиперстенической конституции, с красным или багрово-синюшным одутловатым лицом, инъецированными сосудами склер и хриплым голосом, сон которого характеризуется выраженным храпом. Обычно сразу после засыпания у человека появляется храп. Вскоре у больного внезапно останавливается дыхание. В это время не слышно дыхательных шумов, храп прекращается. Однако больной пытается дышать, что видно по движениям грудной клетки и брюшной стенки. Примерно через 15–30 сек человек громко всхрапывает и делает несколько глубоких вдохов и выдохов. Как правило, сон больного очень беспокоен: он вертится в постели, двигает руками и ногами, иногда что-то говорит. Дополнительными дневными симптомами синдрома обструктивного апноэ/гипопноэ сна являются утренние головные боли, артериальная гипертензия, выраженная дневная сонливость. Для скрининга нарушений дыхания во сне применяется компьютерная мониторинговая пульсоксиметрия (мониторинг сатурации и ЧСС).

Ядром клинической картины синдрома беспокойных ног являются неприятные ощущения в ногах (жжение, покалывание, подергивание, боль, ползание мурашек и т. д.). Раздражающие пациента ощущения отмечаются в области голени, стоп и бедер, они усиливаются в покое и ослабевают при движении. Неприятные ощущения в ногах и движения ими неизбежно приводят к плохому засыпанию и поверхностному сну с частыми пробуждениями.

ЛЕЧЕНИЕ

Поскольку прогноз адаптационной инсомнии относительно благоприятный, возникает вопрос, необходимо ли проведение терапии. Действительно, некоторые пациенты с нарушениями сна такого рода не обращаются к врачу, и сон у них восстанавливается самостоятельно. С другой стороны, у части пациентов симптомы хронизируются, и этой категории больных необходима терапия при первых признаках расстройства сна. Пациенты, проявляющие беспокойство в отношении своего сна, безусловно, нуждаются как минимум в хорошем совете. Приоритетным направлением лечения является образовательная беседа с пациентом [7]. Все пациенты, страдающие кратковременной (транзиторной) или хронической бессонницей, должны быть информированы об основных элементах надлежащей гигиены сна, т. е. о повседневной деятельности и привычках, способствующих поддержанию хорошего качества сна и полной дневной активности.

Таблица 3. Препараты, вызывающие и поддерживающие инсомнию

- Антигипертензивные препараты (бета-блокаторы, альфа-блокаторы)
- Респираторные препараты (теофиллин)
- Противоотечные средства (фенилэфрин, входит в состав капель в нос, глазных капель; псевдоэфедрин, входит в состав комбинированных противоаллергических препаратов)
- Гормоны (кортикостероиды, гормоны щитовидной железы)
- Антиэпилептические препараты (ламотриджин)

Пациентов необходимо мотивировать к соблюдению простых правил:

Необходимо выработать привычку к регулярному сну, что означает отход ко сну и пробуждение в одно и то же время, не нужно проводить в постели времени больше, чем это необходимо для сна;

■ Не следует оставаться в постели утром для того, чтобы «доспать»;

■ Нужно избегать дневного засыпания, или дневной сон должен быть коротким (не более 1 ч) и заканчиваться не позднее трех часов дня;

■ Необходимо соблюдать распорядок дня, принимать пищу, медикаменты, выполнять повседневную работу и проявлять физическую активность в одно и то же время, что помогает «ровному ходу» внутренних биологических часов;

Все пациенты, страдающие кратковременной (транзиторной) или хронической бессонницей, должны быть информированы об основных элементах надлежащей гигиены сна, т. е. о повседневной деятельности и привычках, способствующих поддержанию хорошего качества сна и полной дневной активности

■ Не нужно читать, писать, есть, смотреть телевизор или говорить по телефону в постели;

■ Не следует пить крепкий кофе, чай в послеобеденное время; нужно избегать приема алкоголя (он допустим как минимум за 6 ч до сна) и курения перед сном;

■ Не нужно ложиться спать голодным, но и не следует употреблять много пищи перед сном;

■ Полезно расслабиться перед сном (приблизительно за 30 мин до сна), этому может способствовать легкий перекус, определенный ритуал перед сном (приготовление ко сну, прослушивание спокойной музыки или легкое чтение);

■ Необходимо избегать активной (возбуждающей) деятельности перед сном (энергичных физических упражнений, обсуждения стрессовой проблемы или размышлений о ней и прочее);

■ Необходимо поддерживать в спальне темноту, тишину и комфортную температуру;

■ Полезна ежедневная физическая нагрузка; физические упражнения лучше всего выполнять в конце дня или ранним вечером (не позднее 16–17 ч);

■ Не следует заставлять себя заснуть; если не удалось заснуть в течение 15–30 мин, то лучше встать и сделать что-то расслабляющее (например, почитать книгу, но не при ярком, а при приглушенном свете); но главное – нужно стараться не смотреть на часы и не беспокоиться по поводу вероятных последствий бессонной ночи.

■ Лекарственная терапия необходи-

ма пациентам, у которых беспокойство по поводу сна становится наиболее явным проявлением болезненного состояния. Маркерами стрессогенного эффекта нарушений сна являются следующие поведенческие нарушения:

■ повышенное беспокойство по поводу сна;

■ трудности с засыпанием в нужное, с точки зрения пациента, время для сна, в то же время спонтанные засыпания во время монотонной деятельности, когда пациент не намеревается спать;

■ способность засыпать лучше вне дома, чем дома в собственной кровати;

■ нервозность в постели, характеризующаяся навязчивыми мыслями или предполагаемой невозможностью приостановить поток мыслей, мешающих заснуть;

■ ощущение внутреннего напряжения, невозможность расслабить тело (мышцы), чтобы обеспечить наступление сна.

Наличие у пациента связанных со сном поведенческих нарушений и/или выраженных тревожных и депрессивных симптомов является показанием для лекарственной терапии. Поскольку нарушение сна вызывается действием стрессового фактора, терапия должна быть направлена на активацию адаптационных процессов и коррекцию стресс-ассоциированных симптомов. Так как при адаптационной инсомнии одной из главных проблем для пациента является все-таки нарушение сна, то целесообразно при лечении основной акцент сделать на непосредственном воздействии на сон. Кроме того, само состояние сна обладает стрессозащитной функцией.

В настоящее время седативно-гипнотические средства остаются наиболее часто назначаемыми препаратами для коррекции сна [8]. Они могут применяться для симптоматической коррекции в виде монотерапии или в качестве дополнения к когнитивной поведенческой терапии. Популярными в XX в. барбитуратные и бензодиазепиновые гипнотики сегодня почти не используются. В настоящее время доступен широкий спектр препаратов, представляющих различные фармакологические классы (табл. 4).

Таблица 4. Классификация седативно-гипнотических средств

Фармакологическая группа	Механизм действия	Основные представители
Бензодиазепиновые препараты	Увеличение сродства γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) к ГАМК-хлорному комплексу за счет связывания с $\alpha 1, 2, 3, 5$ -субъединицами ГАМК-А рецепторного комплекса	феназепам, лоразепам, диазепам
Z-препараты	Увеличение сродства γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) к ГАМК-хлорному комплексу за счет селективного связывания с $\alpha 1$ -субъединицей ГАМК-А рецепторного комплекса	зопиклон, золпидем, залеплон
Агонисты мелатониновых рецепторов	Активация мелатониновых рецепторов 1-го и 2-го типов супрахиазмальных ядер с последующим ингибированием активирующих систем мозга	рамельтеон
Донаторы мелатонина	Регуляция цикла сон – бодрствование	мелаксен
H1-антигистаминные средства	Блокада центральных гистаминовых рецепторов 1-го типа (H1)	дифенгидрамин, доксиламин

При медикаментозном лечении адаптационной инсомнии предпочтение отдается быстродействующим снотворным препаратам. Антигистаминные препараты вполне отвечают этому требованию, они являются самыми популярными безрецептурными лекарствами, обладающими снотворным эффектом. Гистаминергическая система мозга относится к группе активирующих систем. Активирующее воздействие церебрального гистамина обеспечивается

Наличие у пациента связанных со сном поведенческих нарушений и/или выраженных тревожных и депрессивных симптомов является показанием для лекарственной терапии.

Поскольку нарушение сна вызывается действием стрессового фактора, терапия должна быть направлена на активацию адаптационных процессов и коррекцию стресс-ассоциированных симптомов

напрямую через пути из туберомамиллярного ядра непосредственно в таламус и кору мозга, а также опосредованно – через стимуляцию других активирующих мозговых систем: холинергических и аминергических. Блокада гистаминовых рецепторов 1-го типа (H1) приводит к реципрокному усилению сомногенных влияний и развитию сонливости [9]. Одной из проблем применения H1-антигистаминных средств первого поколения, таких как дифенгидрамин, в качестве снотворных препаратов является остаточный (утренний) седативный эффект. Двойное слепое плацебо-контролируемое перекрестное исследование с применением позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) для объективного измерения остаточного эффекта подтвердило остаточный седативный эффект на следующий день после ночного приема 50 мг дифенгидрамина [10]. В то же время у доксиламина остаточный седативный эффект выражен в меньшей степени. Показано, что при приеме доксиламина в качестве снот-

ворного сохраняется естественная структура сна, отсутствуют привыкание и зависимость (не развивается синдром отмены). Применение препарата не сопровождается ухудшением когнитивных функций. Существенным достоинством доксиламина является возможность его применения лицами с синдромом апноэ во сне.

Доксиламин производится в разных лекарственных формах, в т. ч. в виде капель для приема внутрь (Валокордин®-Доксиламин). В отличие от традиционного Валокордина®, Валокордин®-Доксиламин является не седативным, а снотворным средством, выпускается в удобной форме в виде капель для приема внутрь в привычном стеклянном флаконе с дозатором. Валокордин®-Доксиламин сокращает время засыпания, увеличивает длительность и повышает качество сна, при этом не изменяет фазы сна. Взрослым при бессоннице рекомендуется 25 мг (22 капли) за 15–30 мин до сна. Жидкая форма дает возможность точно рассчитать персональную дозу и позволяет препарату лучше усваиваться. Длительность действия доксиламина составляет 6–8 ч. Валокордин®-Доксиламин может использоваться для симптоматического лечения острых и рецидивирующих расстройств сна. Оптимальная продолжительность лечения – две недели.

При приеме доксиламина в качестве снотворного сохраняется естественная структура сна, отсутствуют привыкание и зависимость (не развивается синдром отмены)

Несмотря на то что адаптационная инсомния является симптомом острого стресса и имеет благоприятный прогноз, сами нарушения сна могут отражать степень дезадаптации организма при стрессе, и их коррекция приводит к значительному улучшению качества жизни пациента. Наиболее эффективным путем нормализации сна при острой инсомнии является фармакологическое воздействие.



ЛИТЕРАТУРА

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Med*, 2006, 7(2): 123-30.
- Полуэктов М.Г. Адаптационная, или острая, инсомния (Adjustment (acute) insomnia). *Фарматека, спецвыпуск Психиатрия / Неврология*, 2012, 3-12: 37-42. / Poluektov M.G. Adjustment or acute insomnia. *Farmateka*, special issue *Psykhiatria / Nevrologia*, 2012, 3-12: 37-42.
- Spielman AJ, Caruso LS, Glovinsky PB. A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatr Clin North Am.*, 1987, 10(4): 541-53.
- Strine TW, Chapman DP, Ahluwalia IB. Menstrual-related problems and psychological distress among women in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*, 2005, 14(4): 316-23.
- Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al. Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 2011, 135(1-3): 10-9.
- Loewy DH, Black JE. Effective management of transient and chronic insomnia. CNS News. McMahon Publishing Group: New York, NY, 2000: 19-22.
- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D, Dorsey C, Sateia M. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*, 2008, 4(5): 487-504.
- Haas HL, Sergeeva OA, Selbach O. Histamine in the nervous system. *Physiol Rev*, 2008, 88: 1183-241.
- Zhang D, Tashiro M, Shibuya K, et al. Next-day residual sedative effect after nighttime administration of an over-the-counter antihistamine sleep aid, diphenhydramine, measured by positron emission tomography. *J Clin Psychopharmacol*, 2010, 30(6): 694-701.