**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 средство для  | Обычная лечебная Доза (мг/день)  | Время до начала действия мин  | Время полувыве- дения ч  | 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  | 6-8 48-96  | 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.