

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И.Пирогова. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики.

# ИНСОМНИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ДНЕВНАЯ СОНЛИВОСТЬ

Подготовила студентка 1.6.016 группы

Буланцева А. Е.

Москва, 2018

# Инсомнии

Инсомния - клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающих, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и проявляющихся нарушениями дневной деятельности различного вида.

Выделяют 3 основных свойства инсомнии:

- Клиническими проявлениями синдрома могут быть любые нарушения процесса сна – его инициации, поддержания или завершения
- Для того, чтобы предъявлять жалобы на нарушения сна, необходимо иметь возможность уделять сну достаточное количество времени
- Плохой сон должен проявляться нарушениями последующего бодрствования

## КРИТЕРИИ ДИАГНОЗА СИНДРОМА ИНСОМНИИ ПО МКРС-3

Должны выполняться все критерии	
A	Пациент или его родители, или наблюдатель отмечают одно либо более из следующего:
1	Трудности инициации сна.
2	Трудности поддержания сна.
3	Пробуждение раньше желаемого времени.
4	Сопrotивление укладыванию спать в установленное время.
5	Трудности спать без участия родителя или другого человека.
B	Пациент или его родители, или наблюдатель отмечают одну либо более из следующих проблем, обусловленных нарушением ночного сна:
1	Усталость/недомогание.
2	Нарушение внимания, сосредоточения или запоминания.
3	Нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования.
4	Расстройство настроения/раздражительность.
5	Дневная сонливость.
6	Проблемы с поведением (например, гиперактивность, импульсивность, агрессия).
7	Снижение мотивации/энергичности/инициативности.
8	Подверженность ошибкам и несчастным случаям.
9	Беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им.
C	Эти жалобы на сон/бодрствование не объясняются недостаточными возможностями (т.е. имеется достаточное для сна время) или условиями (т.е. окружение достаточно безопасное, затемненное, тихое и комфортное) для сна.
D	Нарушение сна и связанные с ним дневные симптомы случаются не менее чем 3 раза в неделю.
E	Проблемы сна/бодрствования не объясняются наличием другого расстройства сна

# Клиническая феноменология нарушений сна при инсомнии включают в себя следующие расстройства:

- Пресомнические
- Интрасомнические
- Постсомнические



**Пресомнические расстройства** – трудности начала сна, трудность засыпания, при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну. Засыпание может затягиваться до 120 минут и более. При полисомнографическом исследовании: Частые переходы из 1-й и 2-й стадий в I-м цикле сна в бодрствование и обратно. Количественный критерий – продолжительность засыпания более 30 мин

**Интрасомнические расстройства** включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть. Порог пробуждения резко снижен и процесс засыпания затруднен. Снижение порога пробуждения обусловлено недостаточной глубиной сна. При полисомнографическом исследовании: Увеличенная представленность поверхностных стадий: 1 и 2 стадии медленного сна, частые пробуждения, длительные периоды бодрствования внутри сна, редукция дельта-сна, увеличение двигательной активности. Количественный критерий – продолжительность времени бодрствования в период сна более 30 мин.

**Постсомнические расстройства** – проблема раннего утреннего пробуждения с невозможностью последующего засыпания. Проблемой ранние утренние пробуждения становятся тогда, когда их наличие приводит к сокращению сна менее 6,5 часов.

В феноменологию расстройств сна входят жалобы на общую неудовлетворенность ночным сном, чуткий сон, отсутствие освежающего эффекта ночного сна.

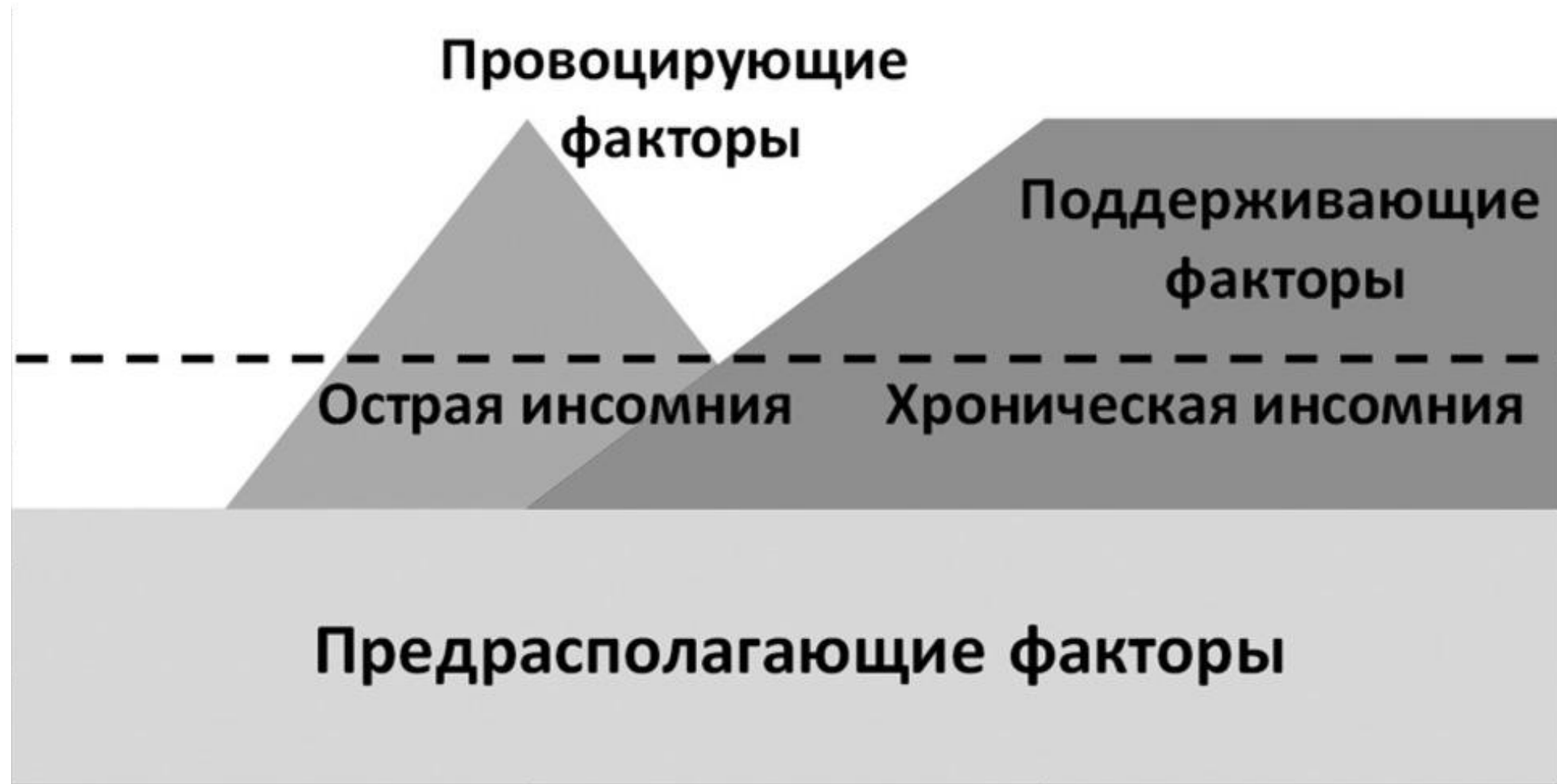
# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНСОМНИИ

- Инсомния в 1,5 раза чаще встречаются у женщин, чем у мужчин.
  - У пожилых людей после 75 лет частота выявления этого состояния удваивается по сравнению с лицами среднего возраста.
  - Чаще определяются нарушения сна у лиц с низким социоэкономическим статусом и уровнем образования, у людей неработающих или работающих по сменному графику.
  - При наличии коморбидных расстройств, психических заболеваний или хронических болевых синдромов сон нарушается в 50%-70% случаев.
  - Обсуждается наличие генетической предрасположенности – исключение влияния факторов возраста, пола, рабочего расписания и психических нарушений семейные факторы оказываются ответственными за 37,2% случаев возникновения расстройств сна, связанных со стрессом.
-

# ПОСЛЕДСТВИЯ ИНСОМНИИ

- Развитие депрессии
  - Тревожные расстройства
  - Злоупотребление лекарственными препаратами и алкоголем (0,2% за рубежом, 4,5% в России)
  - Случаи суицида
  - Дорожно-транспортные происшествия (риск увеличивается 2,5 – 4,5 раза)
  - Случаи абсентеизма (отсутствия на рабочем месте из-за плохого самочувствия)
  - Презентеизм (снижения продуктивности)
-

# МОДЕЛЬ «ТРЕХ П»





## ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ ФАКТОРЫ

- Снижение активности тормозных нейротрансмиттерных систем
- Десинхронизация ритмов ЭЭГ
- Повышенный тонус симпатической нервной системы
- Изменение профиля секреции гормонов
- Усиление метаболизма в течение суток
- Частота сердечных сокращений и вариабельность сердечного ритма

## ПРОВОЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ

Стрессовое событие:

- биологический стресс (обострение или дебют заболевания)
  - Психологический стресс (конфликты на работе и в семье, повышенная нагрузка на работе)
-

# Поддерживающие факторы

На уровне ЦНС гиперактивация морфологически затрагивает «эмоциональный мозг» – лимбическую зону.

Связи с лимбической системы с корой мозга обуславливают развитие корковой гиперактивации, включающей в себя следующие проявления:

- Сенситивные – трудности дифференциации ощущений и расширение сферы болезненных ощущений
  - Эмоциональные – страх бессонницы и ее последствий, дисфория, депрессия, ипохондрия
  - Когнитивные – руминации перед сном
-

# Клинические формы инсомнии

Согласно МКРС-3 выделяют три клинические инсомнии

<b>№ п/п</b>	<b>Форма инсомнии</b>	<b>Критерии</b>
1	Хроническая	3 мес и более
2	Острая	Менее 3 мес
3	Инсомния неуточненная	

- Психофизиологическая инсомния характеризуется повышением уровня соматизированного напряжения и беспокойством пациента в отношении имеющих у него расстройств сна, которое проявляется в вечернее/ночное время и препятствует засыпанию.

- *Идиопатическая инсомния* характеризуется наличием нарушений сна на протяжении всей предшествующей жизни пациента
  - *Парадоксальная инсомния* – пациент предъявляет жалобы на значительное расстройство сна и ухудшение дневного самочувствия, что не соответствует степени нарушения объективной картины сна.
  - Нарушения гигиены сна является частой формой расстройств сна у детей, подростков и пожилых людей. Причинами могут быть несоблюдение правил гигиены сна, употребление алкоголя, кофеина, никотина перед сном.
  - *Детская поведенческая инсомния* характеризуется зависимостью засыпания ребенка от наличия определенных условий – укачивания на руках, кормления, присутствия родителей в непосредственной близости.
-

- Инсомния при приеме лекарственных или других препаратов

<b>Группа</b>	<b>Название</b>
Антидепрессанты	СИОЗС (флуоксетин, пароксетин, сертралин, циталопрам, эсциталопрам, флувоксамин), венлафаксин, дулоксетин, ингибиторы МАО
Стимулянты	Кофеин, эфедрин и его производные, производные коки
Деконгестанты	Псевдоэфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин
Кардиоваскулярные	Бета-блокаторы, агонисты $\alpha$ -адренорецепторов, диуретики, гиполипидемические средства
Пульмонологические	Теofilлин, альбутерол
Антиинфекционные	Изониазид, пенициллин, интерфероны
Алкоголь	

# ДИАГНОСТИКА ИНСОМНИИ

Синдром инсомнии – клинический диагноз, базирующийся на данных опроса и осмотра пациента. В качестве вспомогательных инструментов для оценки выраженности нарушений сна и сопутствующих синдромов используют:

- Индекс тяжести инсомнии
  - Питтсбургский индекс качества сна
  - Эпвортская шкала сонливости
-

# ЛЕЧЕНИЕ ИНСОМНИИ

Выделяют два подхода к лечению.

1. Неспецифичный и может быть использован в лечении любой ее формы (острой – хронической, первичной – вторичной).
2. Второй подход нацелен на лечение конкретной нозологической формы и устранении его причин.

Некоторые правила гигиены сна

1	Соблюдать режим сна и бодрствования: ложиться спать и вставать в одно и то же время
2	Перед укладыванием в постель ограничить объем умственной и физической активности
3	Не принимать перед сном стимулирующие и нарушающие сон препараты (кофеин, кола, алкоголь), не курить
4	Не переедать перед сном
5	Обеспечить комфортные условия в месте для сна: минимальный уровень освещенности, шума, умеренную температуру воздуха, удобные матрац и подушку
6	После укладывания не заниматься умственной или физической деятельностью в постели (чтением, просмотром телепередач). Сексуальная активность разрешена!

# МЕТОДЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ИНСОМНИИ

<b>№</b>	<b>Название метода</b>	<b>Рекомендации</b>
1	Ограничение внешней стимуляции	Ограничить внешние воздействия, укладываться спать, только если чувствуется сонливость, при отсутствии желания спать – вставать с постели
2	Релаксационный	Занятия со специалистом по аутотренингу, самостоятельное обучение мышечной и умственной релаксации
3	Когнитивная терапия	Обучение основам физиологии сна и его нарушений с целью устранения избыточного беспокойства пациента по поводу собственного сна
4	Ограничение сна	Уменьшение времени, проводимого в постели до действительно занятого сном с постепенным добавлением времени по мере консолидации сна



# ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ В КАЧЕСТВЕ СНОТВОРНЫХ

<b>Международное непатентованное название</b>	<b>Доза, мг</b>	<b>Химическая группа</b>	<b>Период полувыведения, ч</b>
Zopiclon	7,5	Циклопирролон	3,5–6
Zolpidem	10	Имидазопиридин	2,6
Zaleplon	10	Пиразолопиримидин	1
Doxylamin	15	Этаноламин	10
Nitrazepam	10	Бензодиазепин	16–48
Clonazepam	2	Бензодиазепин	18–50
Reladorm		Комбинированный препарат: барбитурат и бензодиазепин	8–17 (циклобарбитал), 20–70 (диазепам)
Phenazepam	1	Бензодиазепин	6–18
Lorazepam	2,5	Бензодиазепин	12
Medazepam	10	Бензодиазепин	2
Melatonin	2–5	Индол	0,3–0,8

## ГИПЕРСОМНИИ

- группа заболеваний, основным симптомом которой является чрезмерная дневная сонливость, не обусловленная нарушением ночного сна или циркадных ритмов.
  - Патологическая сонливость – состояние, характеризующееся неспособностью поддерживать достаточный уровень бодрствования в течение дня, сопровождающееся эпизодами неудержимой потребности во сне, приводящих к непреднамеренным засыпаниям.
  - При гиперсомниях как клинически значимых пат. состояниях в большинстве случаев чрезмерная сонливость является хроническим симптомом и должна присутствовать, по крайней мере, в течение трех месяцев до постановки диагноза.
-

# МЕТОДЫ ОЦЕНКИ СОНЛИВОСТИ

- Эпвортская шкала сонливости
- Стэнфордская шкала сонливости
- Множественный тест латентности сна (МТЛС)

1. Больной не должен принимать препараты, которые могут влиять на сон, в течение 14 дней

2. В течение недели пациент не должен ограничивать себя во времени сна.

3. Перед исследованием необходимо проведение полисомнографии. Длительность ночного сна перед тестом должна составлять не менее 7 ч.

МТЛС начинают не ранее чем через 2 ч после пробуждения в диапазоне от 8 до 18 ч.

---

## КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

- Нарколепсия I типа
  - Нарколепсия II типа
  - Идиопатическая гиперсомния
  - Синдром Клейне-Левина
  - Вторичная гиперсомния
  - Гиперсомния при приеме ЛС/других препаратов
  - Гиперсомния на фоне психического заболевания
  - Синдром недостаточного сна
-

# ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ГИПЕРСОМНИЯ (Б-НЬ РОТА)

- Характеризуется избыточной дневной сонливостью, которую нельзя адекватно объяснить другим расстройством и отсутствием эпизодов катаплексии, наличием не более одного периода SOREM, зафиксированного на МТЛС и предыдущей полисомнографии. Другие нарушения сна, особенно синдром недостаточного сна, должны быть исключены.
  - Длительная и тяжелая форма иннерции сна (сонное опьянение) или конфузионные пробуждения.
  - Достаточно часто выявляются сопутствующие симптомы дисфункции ВНС (головная боль, ортостатические нарушения, нарушение терморегуляции, синдром Рейно). Паралич сна и гипнагогические галлюцинации 4-40%
  - Выделяют 2 формы: с увеличением времени сна ( $\geq 10$ ч) и без увеличения сна ( $< 10$ ч)
  - Дополнительные клинические признаки идиопатической гиперсомнии: сонное опьянение, невосстанавливающий (неосвежающий) сон, высокая эффективность ( $\geq 90\%$ ) при полисомнографии.
-

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ:

A. Жалобы на ежедневную дневную сонливость или дневные засыпания в течение более 3 месяцев

B. Эпизоды катаплексии отсутствуют.

C. По результатам МТЛС определяется менее двух эпизодов SOREM или их отсутствие, если такой эпизод отмечался при проведении предшествующей, ночной полисомнографии.

D. Наличие по меньшей мере одного из условий:

1. По результатам МТЛС средняя латентность сна  $\leq 8$  мин

2. Длительность сна в течение суток  $\geq 660$  мин (обычно 12-14 часов) по данным полисомнографии или актиграфии, подтвержденной дневником сна (в течение 7 сут неограниченного времени сна)

E. Отсутствует синдром недостаточного сна

F. Сонливость и/или результаты МТЛС нельзя объяснить наличием другого расстройства сна, соматического или психического заболевания, приемом ЛС или других препаратов.

# СИНДРОМ КЛЕЙНЕ-ЛЕВИНА

- Синдром Клейне-Левина (возвратная гиперсомния) характеризуется рецидивирующими эпизодами тяжелой сонливости, ассоциированной с когнитивными, психическими и поведенческими расстройствами.
  - Длительность типичного эпизода составляет в среднем около 10 дней (в диапазоне от 2,5 до 80 дней). В редких случаях такое состояние может длиться несколько или месяцев.
  - Нередко первый эпизод провоцируется вирусными инфекциями верхних дыхательных путей, травмой головы, алкогольным эксцессом, воздействием анестезии.
-

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- A. Имеет место не менее двух повторяющихся эпизодов патологической сонливости с увеличением длительности сна продолжительностью от 2 дней до 5 нед.
  - B. Эпизоды обычно повторяются более одного раза в год, по меньшей мере, ОДИН раз за 18 мес.
  - C. Между эпизодами уровень бодрости, когнитивные функции, поведение и настроение пациента соответствуют норме.
  - D. Во время эпизода у пациента имеется по меньшей мере ОДИН из следующих признаков:
    1. Когнитивная дисфункция
    2. Нарушение восприятия
    3. Расстройство пищевого поведения (анорексия или гиперфагия)
    4. Расторможенное поведение (например, гиперсексуальность)
  - E. Сонливость и связанные с ней симптомы нельзя объяснить наличием другого расстройства сна, соматического, неврологического, психического (особенно биполярного расстройства) заболевания, приемом лекарственных или других препаратов.
-



# ВТОРИЧНАЯ ГИПЕРСОМНИЯ

- Это гиперсомния, обусловленная другим заболеванием, проявляющаяся увеличением времени ночного сна, сонливостью в дневное время или дневными засыпаниями.
  - Другие симптомы, такие как паралич сна, гипнагогические галлюцинации или автоматическое поведение, также могут присутствовать.
  - Основная задача при установлении диагноза вторичной гиперсомнии – это выявление связи гиперсомнии и основного заболевания.
-

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- A. Наличие ежедневных периодов неудержимой дневной сонливости или дневных засыпаний в течение по меньшей мере 3 мес.
  - B. Дневная сонливость возникла вследствие значимого соматического или неврологического заболевания.
  - C. Если проведен МТЛС, то средняя латентность сна меньше или равно 8 мин и обнаружено менее двух эпизодов SOREM.
  - D. Эти симптомы нельзя объяснить наличием другого нелеченого нарушения сна, психического заболевания или эффектом лекарственных либо других препаратов.
-

# ГИПЕРСОМНИЯ ПРИ ПРИЕМЕ ЛС И ДРУГИХ ПРЕПАРАТОВ

- Характеризуется увеличением длительности ночного сна, сонливостью в дневное время или внезапными дневными засыпаниями, возникающими в результате приема седативных препаратов, наркотиков или злоупотребления алкоголем. Также включает гиперсомнию на фоне прекращения приема психостимуляторов, амфетаминов и др. наркотиков. В случае если психостимуляторы использовались в лечении нарколепсии или др. гиперсомнии, этот диагноз не применяется.
  - Седативное действие и сонливость – побочный эффект препаратов: бензодиазепины, снотворные, опиоиды, барбитураты, противосудорожные, антипсихотические ср-ва, антихолинергические ср-ва, некоторые антидепрессанты, антигистаминные и др..
  - Диагноз подтверждается, если симптомы регрессируют после прекращения приема препарата, вызывающего сонливость, для определения которого проводят токсикологический анализ мочи.
-

# ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

- A. Наличие ежедневных периодов неудержимой дневной сонливости или дневных засыпаний.
  - B. Дневная сонливость возникла в результате приема ЛС/др.препарата либо на фоне отмены психостимулятора.
  - C. Эти симптомы нельзя объяснить наличием другого нелеченного расстройства сна, соматического, неврологического или психического заболевания.
-

# ГИПЕРСОМНИЯ НА ФОНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Пациенты с гиперсомнией, связанной с психическим расстройством, предъявляют жалобы на увеличение длительности ночного сна, выраженную сонливость в дневное время или внезапные дневные засыпания, низкое качество своего сна, невосстанавливающий сон.

Диагностические критерии этого состояния следующие.

А. Наличие ежедневных периодов неудержимой дневной сонливости ли дневных засыпаний в течение по меньшей мере 3 мес.

В. Дневная сонливость возникла в связи с наличием сопутствующего психического заболевания.

С. Эти симптомы нельзя объяснить наличием другого нелеченого нарушения сна, соматического или неврологического заболевания или эффектом лекарственных либо других препаратов

---

# СИНДРОМ НЕДОСТАТОЧНОГО СНА

Синдром недостаточного сна возникает при регулярном ограничении длительности сна, необходимого для поддержания нормального уровня бодрствования.

Диагностические критерии этого состояния следующие:

- A. Наличие ежедневных периодов неудержимой дневной сонливости или дневных засыпаний либо у детей препубертатного возраста имеют место расстройства поведения, обусловленные сонливостью
  - B. Длительность сна пациента, устанавливаемая по рассказу его или чужих, дневнику сна или результатам актиграфии, обычно короче, чем ожидаемая для данной возрастной группы
  - C. Уменьшение длительности сна наблюдается в большинстве дней в течение не менее чем 3 мес.
  - D. Пациент сокращает время сна при помощи будильника или пробуждения другим человеком и обычно спит дольше, если не использует эти способы, например, в выходные дни и в отпуске
  - E. Увеличение общего времени сна сопровождается исчезновением симптомов сонливости
  - F. Эти симптомы нельзя объяснить наличием другого нелеченого расстройства сна, эффектами лекарственных или других препаратов либо наличием другого соматического, неврологического или психического заболевания.
-

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГИПЕРСОМНИЙ

Дневная сонливость может быть симптомом различных нарушений сна: синдрома обструктивных апноэ сна, синдрома периодических движений конечностей, возникать при недостаточной длительности сна, сменной работе, приеме различных препаратов или других расстройствах сна.

Наличие сопутствующих нарушений сна не исключает диагноза гиперсомнии, если дневная сонливость сохраняется после их адекватного лечения.

Больным гиперсомнией необходимо поведение тщательного обследования для исключения других соматических, неврологических и психиатрических заболеваний, которые могут быть причиной сонливости.

---

# ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРСОМНИЙ

## 1. Медикаментозная терапия

### **Стимуляторы**

- Modafinil 100–600 мг/сут
- Armodafinil 50–250 мг/сут
- Sodium oxybate (GNB) 6–9 г/сут (разделенные на два приема)
- Methylphenidate 10–60 мг/сут
- Atomoxetine (зарегистрирован в РФ) 10–25 мг/сут
- Dextroamphetamine 5–60 мг/сут

### **Противокатаплексические средства**

- Sodium oxybate (GNB) 6–9 г/сут (разделенные на два приема)

### **Антидепрессанты, зарегистрированные в РФ**

- Venlafaxine 75–300 мг/сут
- Fluoxetine 20–60 мг/сут
- Imipramine 25–200 мг/сут
- Clomipramine 25–200 мг/сут



2. Улучшение ночного сна

3. Индивидуальная адаптация пациента, включающая профессиональную и социальную реабилитацию.

4. Соблюдение принципов гигиены сна, соблюдение режима, достаточный объем физической активности.

---



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!