

УДК 616.8-009.836-008:616-08

3.1.24 Неврология

DOI: 10.37903/vsgma.2023.3.13 EDN: DXWAZJ

**АНАЛИЗ НАУЧНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ СНА
© Солтангишиева А.А., Бат Н.М., Никифорова Е.Б.***Кубанский государственный медицинский университет, Россия, 350063, Краснодар, ул. им. Митрофана Седина, 4**Резюме*

Цель. Установить основные рекомендации лекарственной терапии расстройств сна по данным анализа современных научных литературных источников.

Методика. Для информационно-аналитического поиска были использованы научные данные, размещенные на электронных ресурсах eLibrary, PubMed. Поиск осуществлялся по ключевым словам: сон, расстройства сна, бессонница, инсомния, терапия расстройств сна. Работа проводилась путем контент-анализа современных научных трудов терапии расстройств сна.

Результаты. Расстройства сна выступают как причина и как следствие многих заболеваний и физиологических состояний. Терапия данных расстройств подразделяется на нелекарственную и лекарственную. Приоритет отдается нелекарственной терапии, однако чаще выбор делается именно в пользу лекарственной терапии, она включает в себя широкий арсенал современных лекарственных препаратов: бензодиазепины, небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов (Z-гипнотики), антагонисты гистаминовых H1-рецепторов, мелатонинсодержащие препараты, седативные средства растительного происхождения, препараты рома, барбитураты, Фабомотизол, при определенных состояниях могут назначаться антидепрессанты с седативным действием, нейролептики, дофаминергические препараты, антиконвульсанты, Аминофенилмасляная кислота и некоторые микроэлементы. В статье так же рассматриваются особенности лечения расстройств сна у пациентов пожилого возраста и детей.

Заключение. Анализ результатов научных исследований вопросов терапии расстройств сна показал, что сон является одним из основополагающих процессов, поддерживающих качество жизни человека, при этом неудовлетворенность сном встречается более чем у 45% населения. Отмечено, что расстройства сна согласно МКБ-10 классифицируются на множество видов, и их возникновение связано с целым рядом факторов, обуславливающих проблемы в области лекарственной терапии, в соответствии с которыми решение о рекомендациях и тактике лечения должно приниматься врачом с учетом физиологических особенностей пациента в каждом конкретном случае (возраст, половая принадлежность, наличие сопутствующих заболеваний, состояние беременности, индивидуальной восприимчивости и т. д.).

Ключевые слова: сон, расстройства сна, инсомния, бессонница, лекарственная терапия

ANALYSIS OF SCIENTIFIC RECOMMENDATIONS ON DRUG THERAPY OF SLEEP DISORDERS**Soltangishieva A.A., Bat N.M., Nikiforova E.B.***KubSMU of the MOH Russia, 4, Mitrofan Sedin St., 350063, Krasnodar, Russia**Abstract*

Objective. To establish the main recommendations for drug therapy of sleep disorders according to the analysis of modern scientific literature sources.

Methods. Scientific data published on electronic resources eLibrary, PubMed were used for information and analytical search. The search was carried out by keywords: sleep, sleep disorders, insomnia, insomnia, therapy of sleep disorders. The work was carried out by content analysis of modern scientific works of sleep disorder therapy.

Results. Sleep disorders act as a cause and as a consequence of many diseases and physiological conditions. The therapy of these disorders is divided into non-medicinal and medicinal. Priority is given to non-drug therapy, but more often the choice is made in favor of drug therapy, it includes a wide arsenal of modern drugs: benzodiazepines, non-benzodiazepine agonists of benzodiazepine receptors (Z-hypnotics), histamine H1 receptor antagonists, melatonin-containing drugs, sedatives of plant origin, rum preparations, barbiturates, Fabomotizol, under certain conditions conditions may be prescribed antidepressants with sedative effect, neuroleptics, dopaminergic drugs, anticonvulsants,

Aminophenylbutyric acid and some trace elements. The article also discusses the features of the treatment of sleep disorders in elderly patients and children.

Conclusions. Analysis of the results of scientific research on the treatment of sleep disorders has shown that sleep is one of the fundamental processes that support the quality of human life, while dissatisfaction with sleep occurs in more than 45% of the population. It is noted that sleep disorders according to ICD-10 are classified into many types, and their occurrence is associated with a number of factors that cause problems in the field of drug therapy, according to which the decision on recommendations and treatment tactics should be made by a doctor taking into account the physiological characteristics of the patient in each case (age, gender, presence of concomitant diseases, pregnancy status, individual susceptibility, etc.).

Keywords: sleep, sleep disorders, insomnia, sleeplessness, drug therapy

Введение

Сон человека является одним из важнейших сложноорганизованных процессов, поддерживающих нормальную жизнь человека. Нарушенный сон снижает качество жизни, во время сна происходит развитие целого ряда патологий, а его нарушения, в свою очередь, воздействуют на их течение. Согласно МКБ-10, принята следующая классификация расстройств сна: F51 Расстройства сна неорганической этиологии (такие как: F51.0 Бессонница неорганической этиологии, F51.1 Сонливость [гиперсомния] неорганической этиологии, F51.2 Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии, F51.3 Снохождение [сомнамбулизм], F51.4 Ужасы во время сна [ночные ужасы], F51.5 Кошмары, F51.8 Другие расстройства сна неорганической этиологии, F51.9 Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное); G47 Расстройства сна (такие как: G47.0 Нарушения засыпания и поддержания сна [бессонница], G47.1 Нарушения в виде повышенной сонливости [гиперсомния], G47.2 Нарушения цикличности сна и бодрствования, G47.3 Апноэ во сне, G47.4 Нарколепсия и катаплексия, G47.8 Другие нарушения сна, G47.9 Нарушение сна неуточненное).

Анализ результатов научных исследований разных лет показал, что проблема расстройств сна (РС) в современном мире рассматривается не только как медико-фармацевтическая проблема, но и как социально-экономическая, так же свидетельствует о повышенном интересе, но в ограниченной изученности вопросов лекарственной помощи при данных расстройствах. В настоящее время первоначально в терапии данных расстройств рекомендуется немедикаментозное лечение, но немаловажным остается корректное назначение лекарственной терапии (ЛТ). Между тем, на сегодняшний день, на фармацевтическом рынке представлен широкий ассортимент лекарственных препаратов (ЛП), используемых при РС.

Цель исследования – установить основные рекомендации лекарственной терапии расстройств сна по данным анализа современных научных литературных источников.

Расстройства сна как причина и как следствие

Отечественными и иностранными учеными произведено большое количество исследований в области РС как следствия большого количества заболеваний. Неудовлетворенность ночным сном встречается у 45% населения и является одним из ведущих амбулаторных жалоб у пациентов [9]. Причинами нарушений сна могут быть как отдельные заболевания, так и определенные физиологические состояния, при которых сон является побочным эффектом: сердечно-сосудистые заболевания; ожирение; синдром обструктивного апноэ во сне (СОАС); стресс; онкологические заболевания; инсульт; синдром беспокойных ног (СБН); бесплодие; психические заболевания; снижение когнитивных функций; климактерий у женщин (пре- и постменопауза); пожилой возраст; COVID-19; люмбалгия; смена часовых поясов; режим труда (ранний подъем, переработки) и сменная работа; побочное действие ЛТ, алкоголя; профессиональный спорт; нарушения гигиены сна; техногенные факторы (световое загрязнение, шум и т.д.) и др. [4, 16, 20, 35]. В свою очередь, РС способны вызывать или усиливать: люмбалгию; расстройства дыхания во сне; сердечно-сосудистые заболевания; психические заболевания; метаболические синдромы; нарушения репродуктивной функции; онкологические заболевания; снижение иммунитета; ухудшение продолжительности и качества жизни (эмоционального состояния, настроения, появление раздражительности, тревоги, стресса и т.д.); снижение работоспособности, памяти, внимания; увеличение числа дорожно-транспортных происшествий и пр. [1, 3, 14, 21].

Среди РС чаще всего встречается синдром инсомнии, характеризующийся проблемой засыпания и поддержания сна, сопровождающийся ощущениями отсутствия восстановления после сна и нарушениями функционального состояния человека при бодрствовании. Данное состояние

проявляется не менее 3-х раз в неделю и сохраняется не менее 1 месяца. Острый синдром инсомнии длительностью до недели как самостоятельная болезнь не определяется, т.к. временные нарушения являются нормальной составляющей повседневной жизни, если это состояние продолжается более 3-х месяцев, то оно становится хроническим. Частота описанного расстройства среди населения колеблется в пределах 10-15% и у лиц старше 65 лет может увеличиваться до 40% [9, 12, 27, 28].

К менее распространенным РС относятся [23, 28, 29, 36]: расстройства дыхания во сне (СОАС), при которых в период сна возникают повторяющиеся остановки дыхания обструктивного характера, приводящие к снижению уровня насыщения крови кислородом, провоцирующий серьезные последствия для сердечно-сосудистой и нервной систем, а также способный приводить к внезапной смерти; сенсомоторные расстройства (СБН), характеризующиеся неприятными ощущениями в нижних конечностях, возникающими в покое, как правило, в вечернее и ночное время, данными расстройствами в 1,5 раза чаще страдают женщины; расстройства поведения в быстром сне – состояние, которое возникает в фазе быстрого сна и может привести к различным травмам или РС, данными расстройствами страдают преимущественно мужчины старше 50 лет; неврологические расстройства (нарколепсия), проявляющиеся расстройствами ночного сна и дневного бодрствования, характеризующиеся избыточной неконтролируемой сонливостью, приводящей к приступу и засыпанию, развивающимся в течение нескольких секунд во время какой-либо деятельности (разговор, прием пищи, вождение автомобиля и т.д.).

Проблемы в терапии расстройств сна

Анализ научных литературных источников выявил основные проблемы в области терапии РС (в т.ч. лекарственной) [9, 12, 25, 28]: во-первых, низкая обращаемость населения к врачам по поводу бессонницы, связанная с тем, что у многих пациентов неправильные и мешающие представления о собственном сне, проявляющиеся в субъективном характере жалоб, препятствующем полноценной диагностике РС; во-вторых, плохая диагностируемость и недостаточное внимание в практике врача особенностям РС, требующих продолжительных консультаций или проведения специальных исследований (полисомнографии и пр.). В повседневной практике врач не всегда достаточно обладает знаниями из разделов сомнологии и медицины сна, поэтому часто снотворные ЛП могут назначаться без соответствующего установления причин патологии; в-третьих, необходимость индивидуального подхода и установления причинно-следственных связей при РС, что так же определяет сложность диагностики и назначения корректного лечения, особенно у пожилых пациентов и детей, т.к. в данном случае крайне необходимо учитывать их физиологические особенности, сопутствующие заболевания, уже имеющуюся терапию и т.д.; в-четвертых, некорректное или неэффективное назначение лечения, связанное с недостаточной информацией в научных источниках литературы о действии снотворных ЛП на цикл «сон-бодрствование», зависимость от индивидуальных особенностей организма или наличия сопутствующих патологий, иногда назначенное лечение может даже усугублять имеющиеся симптомы, все это значительно усложняет выбор ЛП, а врачи вынуждены опираться только на свой опыт в этом вопросе; в-пятых, зачастую самолечение, приводящее к формированию зависимости и побочных эффектов от приема ЛП при РС, составляет от 0,2 до 4,5% среди населения по данным различных авторов. Исследования показывают, что прием снотворных ЛП и транквилизаторов в течение месяца способен привести к формированию психологической зависимости, а прием в течение нескольких месяцев может привести к развитию физической зависимости, такие пациенты редко обращаются к врачам (самостоятельно увеличивают дозировку, совмещают несколько снотворных или успокоительных ЛП), из-за чего данный тип зависимости характеризуется уже как тихая (или молчаливая) аддикция; в-шестых, недостаточность на российском фармацевтическом рынке современных снотворных ЛП с длительным сроком применения без развития привыкания (т.е. более 2-4 недель).

Виды терапии расстройств сна

Установлено, что лечение нарушений сна подразделяют на лекарственное и нелекарственное. ЛП РС имеет более чем 150-летнюю историю. Первым снотворным ЛП является хлоралгидрат, он был создан в 1869 г., после были синтезированы барбитураты и бензодиазепины. В общей сложности во всем мире было синтезировано примерно 3000 снотворных ЛП, но большинство из них имело целый ряд серьезных побочных эффектов, поэтому их осталось в сотню раз меньше в международной фармакопее, и не все из них назначаются и применяются на территории нашей страны [35]. В научных публикациях приведен широкий арсенал современных ЛП для лечения РС в различных формах выпуска и под различными торговыми наименованиями (ТН). Далее

отражены основные ЛП для лечения РС, которые присутствуют в настоящее время на российском фармацевтическом рынке.

Седативные средства растительного происхождения [12, 15, 24, 35]

Лечение инсомнии часто рекомендуется начинать именно с этой группы ЛП, поскольку они являются достаточно безопасными (особенно, если у пациента ранее отсутствовал опыт приема снотворных ЛП). На фармацевтическом рынке данная группа представлена в виде следующих лекарственных форм: настойки, таблетки и седативные сборы (Успокоительные сборы №2 и №3), включающих в свой состав снотворные и успокаивающие вещества Валерианы лекарственной, Пустырника пятилопастного, Мята перечной, Пиона уклоняющегося, Мелиссы лекарственной, Эшшольции и др. Особенность назначения: для устранения повышенной возбудимости и уменьшения тревожности их следует принимать не только в ночное, но и в дневное время. Недостатки: могут спровоцировать развитие аллергических реакций, а также быть недостаточно эффективными.

Бензодиазепины (Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, Клоназепам, Медазепам, Оксазепам, Диазепам, Лоразепам, Мидазолам, Нитразепам) [15, 18, 23, 29]. Бензодиазепины рекомендуется назначать при коррекции острых интрасомнических либо сочетанных РС, также они показаны при выраженном тревожно-фобическом компоненте. Одним из самых часто назначаемых ЛП, является Феназепам – бромдигидрохлорфенилбензодиазепин. Так же у 90% пациентов с расстройствами поведения в быстром сне отмечается положительный эффект при применении Клоназепам. Недостатки: большинство ЛП из данной группы утяжеляют СОАС (т.к. оказывают миорелаксирующий эффект); могут кумулироваться в организме, что приводит к снижению когнитивных функций, привыканию, зависимости и синдрому «отмены»; при увеличении дозы развивают различные осложнения (аллергические реакции, побочные эффекты со стороны желудочно-кишечного тракта и пр.); повышают риск смертности; не следует назначать пациентам старше 60 лет (т.к. есть риск падений и перелома шейки бедра).

Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов (Z-гипнотики): залеплон, зопиклон, золпидем [5, 28, 29, 34]. Z-гипнотики являются наиболее современной группой снотворных ЛП, они показаны для терапии острой и хронической бессонницы. Достоинства: отсутствие привыкания при использовании на необходимый срок; физиологичность действия; короткий период полувыведения, следовательно, отсутствие расстройств при дневном бодрствовании. Залеплон при правильном применении не вызывает постсомнических нарушений; миорелаксации; не оказывает влияние на психомоторные и когнитивные функции; дает возможность человеку реализовывать полноценную социальную активность в течение дня. Отмечается, что Зопиклон в 4,3 раза увеличивает риск падения у пациентов пожилого возраста, в то же время при длительном применении данного ЛП у этой категории пациентов его кумуляция в организме минимальна. Золпидем отличается наименьшей токсичностью, после приема утреннее пробуждение обычно легкое, без признаков вялости, разбитости и сонливости. Недостатки: чаще могут вызывать падения и переломы костей у пожилого населения (особенно, когда они принимаются в повышенных дозах или совместно с другими психоактивными веществами); повышенный риска снохождения и галлюцинаций; при длительном приеме вызывают привыкание, физическую и психическую зависимость.

Антагонист гистаминовых H1-рецепторов – Доксиламин (МНН) (12, 18, 28, 36). На фармацевтическом рынке данное МНН фигурирует под ТН – Донормил (и его дженерики) – это антигистаминный ЛП с седативным эффектом для кратковременного применения, в терапии инсомнии с успехом применяется более 50 лет в странах Европы. Достоинства: помимо снотворного действия, оказывает успокаивающее; имеет хороший профиль безопасности (можно применять на любом этапе беременности); увеличивает не только продолжительность и улучшает качество сна, но и не нарушает физиологические фазы нормального сна и циркадные ритмы. Недостатки: длительность применения ограничена из-за возникающих побочных эффектов, которые связаны с холиноблокирующим действием (отрицательное влияние на ткань простаты, повышение внутриглазного давления, ухудшение сердечной проводимости и моторики желудочно-кишечного тракта).

Данная группа ЛП так же включает дифенгидрамин и хлоропирамин [12, 24, 30, 35] – противоаллергические ЛП первого поколения, которые имеют побочный седативный эффект и, к сожалению, еще можно встретить случаи их применения на практике в качестве снотворных ЛП, что впоследствии может негативно повлиять на нервные и психомоторные функции. Согласно Европейскому руководству по диагностике и лечению бессонницы данные ЛП не рекомендуются в качестве снотворных из-за их недоказанной эффективности.

Мелатонинсодержащие препараты – мелатонин [12, 15, 39, 40]. Мелатонин – одноименный синтетический аналог гормона эпифиза. На фармацевтическом рынке представлен под ТН – Мелаксен (и его дженерики), а также в виде комбинации Мелатонина с седативными средствами растительного происхождения (Мяты перечной листьев масло, Пустырника травы экстракт). Достоинства: улучшает субъективные параметры сна; имеет физиологичное действие на организм, благодаря чему нормализуются все этапы сна и устраняется сонливость днем; имеет доказанную эффективность у пациентов пожилой группы (т.к. у данной категории пациентов начинает происходить недостаточная выработка эндогенного мелатонина); безопасность и эффективность показаны в разных исследованиях; отсутствие развития зависимости (поэтому часто применяются у пациентов с различными когнитивными нарушениями). Недостатки: может оказывать негативное влияние на репродуктивную функцию и выработку половых гормонов, вследствие чего не рекомендуется в молодом возрасте (в особенности у детей и подростков); имеет редкие побочные эффекты (головная боль, головокружение, тошнота, сонливость); по некоторым данным все же обладает низкой эффективностью или она вовсе отсутствует.

Препараты брома – Бромкамфора [12, 28]. Бромкамфора (Доброкам) относится к ЛП выбора для краткосрочного лечения инсомнии, в т.ч. при сопровождающихся патологиях сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Барбитураты – фенобарбитал [12, 14, 15, 30]. Барбитураты использовались в качестве снотворных ЛП с 1910-х гг. на протяжении около 50 лет, но из-за выявленных побочных эффектов (привыкание, зависимость, синдром отмены, нейротоксичность и тератогенность) большинство из них на данный момент не производится. К данной группе относится Фенобарбитал, подлежащий предметно-количественному учету, применяется в качестве противосудорожного резервного ЛП для терапии тяжелых форм эпилепсии. Данная группа ЛП является устаревшей, но несмотря на это, в настоящее время бесконтрольно применяется населением. Главные недостатки: развитие зависимости; чрезмерная седация; возникновение когнитивных расстройств и нарушений двигательных функций; угнетение дыхания при передозировке.

Фабомотизол [12]. Данный ЛП присутствует только на российском фармацевтическом рынке и выпускается под ТН – Афобазол и Афобазол Ретард. Фабомотизол одновременно имеет транквилизирующие и стимулирующее действие, хорошо переносится, но обладает кумулирующим эффектом, поэтому его действие проявляется постепенно.

Антидепрессанты с седативным действием (Тразодон, Миртазапин, Миансерин, Агомелатин, Хлордиазепоксид, Амитриптилин, Пипофезин, Флувоксамин, Эсциталопрам, Имипрамин, Венлафаксин, Флуоксетин), [10, 12, 26, 28]. Данная группа ЛП часто применяется в низких дозировках для лечения пациентов с депрессией и РС. Достоинства при надлежащем применении: не вызывают зависимость и привыкание; не имеют амнестический и миорелаксирующий эффекты. При этом у пациентов с когнитивными нарушениями и депрессией предпочтение следует отдавать ЛП, снижающим выраженность когнитивных расстройств (Эсциталопрам, Флувоксамин); для предотвращения приступов катаплексии рекомендуется Имипрамин, в меньшей степени – Венлафаксин и Флуоксетин; в резистентных случаях расстройств поведения в быстром сне применяют Амитриптилин; при остром лечении бессонницы может быть эффективен Тразодон. Следует помнить, что назначение данной группы ЛП должно осуществляться врачами соответствующих специальностей (психиатрами, неврологами или сомнологами) с учетом противопоказаний, правильных дозировок и наблюдением за пациентом.

Нейролептики (Промазин, Хлорпротиксен, Рисперидон, Кветиапин, Оланзапин, Алимемазин, Клозапин, Тиоридазин), [12, 25, 35, 40]. Нейролептики обычно применяют для коррекции эмоционального состояния и купирования РС (особенно при хронической инсомнии), при шизофрении и тревожных расстройствах. Недостатки: ухудшают когнитивные нарушения; вызывают дневную сонливость; по некоторым источникам имеют недоказанную эффективность.

Дофаминергические препараты (Прамипексол, Ропинирол, Бромкриптин), [6, 23, 28]. Данная группа ЛП назначается в небольших дозах при СБН в качестве первой линии. Прамипексол применяют в резистентных случаях расстройств поведения в быстром сне. Однако данная группа ЛП может вызывать инсомнию и психотические нарушения.

Антиконвульсанты – противосудорожные ЛП (Карбамазепин, Габапентин, Прегабалин, Ламотриджин), [12, 23, 28, 31]. Их обычно применяют при болевом синдроме, в резистентных случаях расстройств поведения в быстром сне, а также при невропатических формах СБН.

Аминофенилмасляная кислота – Фенибут [10, 28]. Это ноотропный ЛП с седативным действием, который может назначаться при легких РС и использоваться в качестве начала терапии, а также в педиатрической практике при лечении инсомнии.

Дополнительный прием микроэлементов [7, 23, 25, 38]. Следует отметить значимость некоторых микроэлементов в терапии РС. Например, несмотря на то, что связь железа и РС не изучена полностью, было доказано, что при нормализации его уровня в крови длительность сна у детей с железodefицитной анемией увеличивается. Кроме того, при СБН так же обращают внимание на уровень данного микроэлемента в крови, т.к. он необходим для синтеза дофамина, влияющего на функционирование центральной нервной системы, поэтому при выявлении дефицита железа назначается его курсовой прием. L-5-гидрокситриптофан так же может быть полезен при РС, поскольку он является предшественником мелатонина и серотонина, обладая физиологичностью, он не влияет на когнитивную функцию и пробуждение. В некоторых исследованиях также было показано положительное влияние витамина D на сон. Дефицит магния, в т.ч. в педиатрической практике является фактором повышенного риска развития РС, т.к. он влияет на выработку гормона сна – мелатонина, в данном случае назначаются ЛП с этим микроэлементом.

К основным методам нелекарственной терапии РС относятся [11, 13, 14, 15]: гигиена сна (способность расслабляться, избегать употребления кофеина, никотина, алкоголя, тяжелой пищи, ложиться спать и вставать в одно и то же время и т.д.), данный метод является важным и неотъемлемым компонентом лечения любых форм РС; психотерапевтические методы: когнитивно-поведенческая терапия (многокомпонентный психологический подход, направленный на нормализацию сна, устранение хронической инсомнии в том числе); рациональная психотерапия (метод, основанный на разъяснении и логическом убеждении), релаксационные методы (основаны на мышечной релаксации), метод биологической обратной связи (основан на развитии у пациента навыков самоконтроля и саморегуляции различных функций организма) и др.; водные процедуры – бальнеотерапия (особенно йодобромные ванны), оказывающая седативный и антистрессовый эффекты; физиотерапия: электросон (воздействие на головной мозг низкочастотным импульсным током), магнитотерапия (действие магнитными полями различных параметров на организм), климатотерапия (использование влияний климатических факторов — температуры, влажности воздуха и т.д.), хромотерапия (воздействие световым и цветовым спектрами на рецепторы кожи и глаз человека), лимфопресс (воздействие переменным давлением на различные части тела, стимулирующее венозный, лимфатический отток), гидротерапия (использование воды в виде обливаний, душа, обертываний и т.д.), аэроионотерапия (использование ионизированного воздуха) и др.; фототерапия – метод, заключающийся в световом воздействии с использованием лечебных ламп, часто применяемый при сезонных депрессиях, данный метод может оказать определенную помощь в рамках проведения «лекарственных каникул», особенно у пациентов, которые длительное время применяют препараты бензодиазепинового ряда; энцефалофония – метод, основанный на прослушивании перед сном записи, которая представляет собой преобразованную электроэнцефалограмму головного мозга в музыку по специальному алгоритму; ароматерапия, применяемая в виде массажа с эфирными маслами, ингаляций, испарений, ароматических ванн и др.; лечебная музыка и «природные шумы» – это методы акустического воздействия, которые обладают успокаивающим эффектом и приводят к засыпанию (шумы дождя, морского прибоя, водопада, шорохи леса, пение птиц); точечный массаж и иглоукалывание – методы, заключающиеся в воздействии на определенные точки на теле человека, при этом могут развиваться процессы саморегуляции организма и, таким образом, улучшается качество сна.

В ходе изучения научных трудов выявлено, что нелекарственная терапия РС (особенно хронического) является менее дорогостоящей и с меньшими побочными эффектами по сравнению с ЛТ, но требует много времени и усилий для получения нужного результата, например, когнитивно-поведенческая терапия в реальной клинической практике требует специальной подготовки и длительную работу с пациентом [28], поэтому выбор делается чаще всего именно в пользу ЛТ.

Общие рекомендации при выборе и назначении снотворных ЛП

Анализ научных трудов, в которых имеются рекомендации по назначению и применению снотворных ЛП показал, что есть ключевые моменты, которые лежат в основе терапии РС [11, 15, 32, 33]: использовать преимущественно ЛП короткого действия; длительность приема снотворных ЛП не должна превышать 3 недели (оптимально – 10-14 дней), данная рекомендация предотвращает развитие привыкания и зависимости, однако по некоторым источникам курс применения может достигать до 21 дня; пациентам, длительно принимающим снотворное ЛП, рекомендуется проводить «лекарственные каникулы», что позволяет уменьшить его дозу или вовсе заменить; при необходимости возможен однократный прием снотворных ЛП; применение таких групп ЛП, как бензодиазепины, нейролептики не рекомендовано, т.к. они способны усугублять когнитивные расстройства и дневную сонливость; рекомендуется начинать ЛТ РС с безрецептурных ЛП (седативные средства растительного происхождения, Мелатонин) ввиду их

безопасности, при отсутствии эффективности в течение 3-5 ночей, следует назначать сильнодействующие снотворные ЛП, обладающие минимальным риском формирования зависимости и привыкания (например, Доксиламин, Зопиклон, Золпидем, Залеплон и др.).

Возрастные особенности терапии РС

Согласно рекомендациям, при назначении снотворных ЛП, указанным во многих научных трудах, особое внимание уделяется возрастным особенностям отдельных категорий населения.

Ранее уже указывались особенности применения некоторых ЛП у пожилых пациентов, поэтому приведем основные принципы ЛТ у данной группы [15, 17, 18]: рекомендуется учитывать особенности фармакокинетики и фармакодинамики, зависящих от возрастных изменений органов и систем (например, изменение ферментной активности печени, из-за чего замедляется действие ЛП), поэтому следует назначать 1/2 суточной дозы ЛП, а также необходимо учитывать их возможное взаимодействие с другими ЛП, применяемыми пациентами; необходимо учитывать хронический характер течения многих заболеваний у пожилых пациентов, что влияет на длительность лечения, если после окончания терапии возникает необходимость ее продолжить, то следует обратить внимание на прерывистую терапию; рекомендуется назначать тщательно подобранную монотерапию, учитывающую ранние пробуждения, в таком случае применение короткодействующих ЛП не всегда эффективно; многие ЛП, применяемые при соматических заболеваниях, могут обладать дополнительным снотворным действием (например, Циннаризин, относящийся к нейролептикам), при игнорировании данного фактора и назначении ЛП для лечения РС могут возникнуть осложнения; при малейших колебаниях цикла «сон-бодрствование» следует воздерживаться от назначения снотворных ЛП, в этом случае можно рассматривать Мелатонин; следует помнить о нелекарственной терапии, предусматривающей исключение ЛП, провоцирующих РС, улучшение гигиены сна, проведение когнитивно-поведенческой терапии и др.

На данный момент четких схем для терапии РС в педиатрической практике нет. Ранее были указаны особенности применения некоторых ЛП при РС у данной категории пациентов, поэтому рассмотрим дополнительные особенности и рекомендации [8, 25, 29, 37]: следует помнить, что у детей могут быть поведенческие РС, чаще связанные с проблемой засыпания или ночного пробуждения, зависящие от наличия многих факторов (например, кормление, присутствие родителей в непосредственной близости, укачивание на руках и др.); нелекарственная терапия является первоочередной, но в том случае, если когнитивно-поведенческая терапия и другие виды данной терапии оказались неэффективными, рекомендуется ЛТ. Лечение, как правило, основывается на рекомендациях терапии взрослых пациентов. Если у ребенка есть сопутствующие психические состояния (депрессия, тревога и др.), то рекомендуются назначение соответствующих ЛП (например, Тразодона или Миртазапина); имеются данные об эффективности применения Мелатонина у детей с задержкой психического развития, иногда целесообразно использовать побочный седативный эффект некоторых ноотропов (например, Аминофенилмасляной кислоты); необходимо помнить, что некоторые виды РС являются характерными для детей и обычно проходят по мере их взросления (снохождение, сноговорение, бруксизм, ночной энурез, ночные кошмары и др.).

Заключение

Анализ результатов научных исследований вопросов терапии расстройств сна показал, что сон является одним из основополагающих процессов, поддерживающих качество жизни человека, при этом неудовлетворенность сном встречается более чем у 45% населения. Отмечено, что расстройства сна согласно МКБ-10 классифицируются на множество видов, и их возникновение связано с целым рядом факторов, обуславливающих проблемы в области лекарственной терапии, в соответствии с которыми решение о рекомендациях и тактике лечения должно приниматься врачом с учетом индивидуальных особенностей пациента в каждом конкретном случае.

Литература (references)

1. Абсатарова Ю.С., Шереметьева Е.В., Андреева Е.Н. Взаимосвязь сомнологических и метаболических нарушений при синдроме поликистозных яичников // Доктор.Ру. – 2016. – №8-9 (125-126). – С. 57-62.

- [Absatarova Yu.S., Sheremet'eva E.V., Andreeva E.N. Doktor.Ru. The relationship of dental and metabolic disorders in polycystic ovary syndrome. – 2016. – N8-9 (125-126). – P. 57-62. (in Russian)]
2. Акарачкова Е.С., Вершинина С.В., Котова О.В. и др. Терапия инсомнии // Неврология и ревматология: Приложение к журналу Consilium Medicum. – 2013. – №1. – С. 29-33. [Akarachkova E.S., Vershinina S.V., Kotova O.V. i dr. Nevrologiya i revmatologiya: Prilozhenie k zhurnalu Consilium Medicum. Insomnia therapy. – 2013. – N1. – P. 29-33. (in Russian)]
 3. Акарачкова Е.С., Громова О.А., Котова О.В. Инсомния как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // Лечащий врач. – 2016. – №5. – С. 12. [Akarachkova E.S., Gromova O.A., Kotova O.V. Lechashchii vrach. Insomnia as a risk factor for cardiovascular diseases. – 2016. – N5. – P. 12. (in Russian)]
 4. Артемьев Д.В., Обухова А.В. Синдром беспокойных ног // Нервные болезни. – 2013. – №3. – С. 2-9. [Artem'ev D.V., Obukhova A.V. Nervnye bolezni. Restless legs syndrome. – 2013. – N3. – P. 2-9. (in Russian)]
 5. Бузунов Р.В. Лечение бессонницы: смена парадигмы // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2019. – Т.3, №4-2. – С. 81-86. [Buzunov R.V. Russkii meditsinskii zhurnal. Meditsinskoe obozrenie. Insomnia Treatment: Paradigm Shift. – 2019. – V.3, N4-2. – P. 81-86. (in Russian)]
 6. Голенков А.В. Нарушения сна при психических расстройствах // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №22. – С. 22-29. [Golenkov A.V. Effektivnaya farmakoterapiya. Sleep disorders in mental disorders. – 2014. – N22. – P. 22-29. (in Russian)]
 7. Головачева В.А., Табеева Г.Р. Невротическое расстройство, головная боль, стресс: опыт ведения коморбидного пациента и роль препаратов магния // Медицинский совет. – 2021. – №2. – С. 94-100. [Golovacheva V.A., Tabeeva G.R. Meditsinskii совет. Neurotic disorder, headache, stress: the experience of managing a comorbid patient and the role of magnesium preparations. – 2021. – N2. – P. 94-100. (in Russian)]
 8. Кельмансон И.А. Экологические и клиничко-биологические аспекты нарушений циркадианных ритмов сон-бодрствование у детей и подростков // Биосфера. – 2015. – Т.7, №1. – С. 131-145. [Kel'manson I.A. Biosfera. Ecological and clinical-biological aspects of circadian rhythms sleep-wake disorders in children and adolescents. – 2015. – V.7, N1. – P. 131-145. (in Russian)]
 9. Ковров Г.В., Посохов С.И. Бессонница не страшна - опасен страх перед ней. // Русский медицинский журнал. – 2016. – Т.24, №24. – С. 1627-1630. [Kovrov G.V., Posokhov S.I. Russkii meditsinskii zhurnal. Insomnia is not terrible - the fear of it is dangerous. – 2016. – V.24, N24. – P. 1627-1630. (in Russian)]
 10. Корабельникова Е.А. Лечение инсомний у больных с невротическими расстройствами // Медицинский совет. – 2015. – №10. – С. 54-59. [Korabel'nikova E.A. Meditsinskii совет. Treatment of insomnia in patients with neurotic disorders – 2015. – N10. – P. 54-59. (in Russian)]
 11. Корабельникова Е.А. Психотерапия инсомнии: роль сомнолога и психотерапевта // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №22. – С. 36-43. [Korabel'nikova E.A. Effektivnaya farmakoterapiya. Insomnia psychotherapy: the role of a somnologist and a psychotherapist. – 2014. – N22. – P. 36-43. (in Russian)]
 12. Кузюкова А.А., Рачин А.П. Диагностика и терапия бессонницы - современное состояние проблемы (в помощь практикующему врачу) // Медицинское обозрение. – 2019. – Т.3, №7. – С. 11-16. [Kuzyukova A.A., Rachin A.P. Meditsinskoe obozrenie. Diagnosis and therapy of insomnia - the current state of the problem (to help the practitioner). – 2019. – V.3, N7. – P. 11-16. (in Russian)]
 13. Курушина О.В., Барулин А.Е., Багирова Д.Я. Современные подходы к лечению инсомнии в общетерапевтической практике // Медицинский совет. – 2019. – №6. – С. 20-24. [Kurushina O.V., Barulin A.E., Bagirova D.Ya. Meditsinskii совет. Modern approaches to the treatment of insomnia in general therapeutic practice. – 2019. – N6. – P. 20-24. (in Russian)]
 14. Курушина О.В., Барулин А.Е., Бабушкин Я.Х. и др. Нарушения сна в общесоматической практике // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2013. – №4 (48). – С. 3-7. [Kurushina O.V., Barulin A.E., Babushkin Ya.Kh. i dr. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. Sleep disorders in general somatic practice. – 2013. – N4 (48). – P. 3-7. (in Russian)]
 15. Курушина О.В., Куракова Е.А., Рязанцева С.В. Диагностика и лечение инсомнии // Лекарственный вестник. – 2014. – Т.8, №2(54). – С. 24-29. [Kurushina O.V., Kurakova E.A., Ryazantseva S.V. Lekarstvennyi vestnik. Diagnosis and treatment of insomnia. – 2014. – V.8, N2(54). – P. 24-29. (in Russian)]
 16. Лапик С.В. Инсомнии у медицинских работников: теоретические аспекты (обзор литературы) // Медицинская наука и образование Урала. – 2021. – Т.22, №1(105). – С. 141-145. [Lapik S.V. Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. Insomnia in medical workers: theoretical aspects (literature review). – 2021. – V.22, N1(105). – P. 141-145. (in Russian)]
 17. Левин Я.И. Современная терапия нарушений сна: мировой и российский опыт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии». – М.: МедиаСфера, 2002. – С. 17-27. [Levin Ya.I. Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova, Sbornik klinicheskikh lektii «Meditsina sna: novye vozmozhnosti terapii». Modern therapy of sleep disorders: world and Russian experience. – М.: Mediasphere, 2002. – P. 17-27. (in Russian)]

18. Лысова Е., Кривецкий В., Варавина Л. Нарушения сна как проблема превентивной гериатрии // Врач. – 2015. – №6. – С. 35-37. [Lysova E., Krivetskii V., Varavina L. Vrach. Sleep disorders as a problem of preventive geriatrics. – 2015. – N6. – P. 35-37. (in Russian)]
19. Ляшенко Е.А., Левин О.С. Расстройства сна в клинической практике // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2017. – №1. – С. 22-28. [Lyashenko E.A., Levin O.S. Sovremennaya terapiya v psikiatrii i nevrologii. Sleep disorders in clinical practice. – 2017. – N1. – P. 22-28. (in Russian)]
20. Малеина А.Ю., Колоколов О.В., Колоколова А.М. Нарушения сна и снижение когнитивных функций у лиц пожилого возраста: физиологическая норма или патология? // Лечащий врач. – 2016. – №6. – С. 53. [Maleina A.Yu., Kolokolov O.V., Kolokolova A.M. Lechashchii vrach. Sleep disorders and cognitive decline in the elderly: physiological norm or pathology? – 2016. – N6. – P. 53. (in Russian)]
21. Мисникова И.В., Ковалева Ю.А., Губкина В.А. Значение нарушений сна при сахарном диабете // Русский медицинский журнал. – 2016. – №1. – С. 42-46. [Misnikova I.V., Kovaleva Yu.A., Gubkina V.A. Russkii meditsinskii zhurnal. The importance of sleep disorders in diabetes mellitus. – 2016. – N1. – P. 42-46. (in Russian)]
22. Полуэктов М.Г. Диагностика и возможности коррекции расстройств сна у женщин в климактерии // Проблемы женского здоровья. – 2012. – Т.7, №2. – С. 56-64. [Poluektov M.G. Problemy zhenskogo zdorov'ya. Diagnostics and possibilities of correction of sleep disorders in women in menopause. – 2012. – V.7, N2. – P. 56-64. (in Russian)]
23. Полуэктов М.Г. Нарушения сна в практике невролога // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2012. – №4. – С. 18-24. [Poluektov M.G. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika. Sleep disorders in the practice of a neurologist. – 2012. – N4. – P. 18-24. (in Russian)]
24. Полуэктов М.Г., Ляшенко Е.А. Возможности коррекции инсомнии у пожилых пациентов // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №22. – С. 44-49. [Poluektov M.G., Lyashenko E.A. Effektivnaya farmakoterapiya. Possibilities of correction of insomnia in elderly patients. – 2014. – N22. – P. 44-49. (in Russian)]
25. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Возможности диагностики расстройств сна в амбулаторной практике врача-невролога // Эффективная фармакотерапия. – 2014. – №49. – С. 14-23. [Poluektov M.G., Pchelina P.V. Effektivnaya farmakoterapiya. The possibilities of diagnosing sleep disorders in the outpatient practice of a neurologist. – 2014. – N49. – P. 14-23. (in Russian)]
26. Полуэктов М.Г. Инсомния и расстройства дыхания во сне: возможности коррекции // Русский медицинский журнал. – 2011. – Т.19, №15. – С. 948-953. [Poluektov M.G. Russkii meditsinskii zhurnal. Insomnia and sleep breathing disorders: correction possibilities. – 2011. – V.19, N15. – P. 948-953. (in Russian)]
27. Преображенская И.С. Расстройства сна и их значение в развитии когнитивных нарушений // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – №4. – С. 49-54. [Preobrazhenskaya I.S. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika. Sleep disorders and their significance in the development of cognitive disorders. – 2013. – N4. – P. 49-54. (in Russian)]
28. Пчелина П.В., Полуэктов М.Г. Диагностический и лечебный алгоритм при жалобах на нарушение сна // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. – 2018. – Т.2, №4. – С. 18-24. [Pchelina P.V., Poluektov M.G. Russkii meditsinskii zhurnal. Meditsinskoe obozrenie. Diagnostic and therapeutic algorithm for complaints of sleep disorders. – 2018. – V.2, N4. – P. 18-24. (in Russian)]
29. Савицкий И.С. Актуальные принципы диагностики и фармакотерапии расстройств сна неорганической природы // Неврология и нейрохирургия. Восточная Европа. – 2019. – Т.9, №3. – С. 463-469. [Savitskii I.S. Nevrologiya i neirokhirurgiya. Vostochnaya Evropa. Current principles of diagnostics and pharmacotherapy of sleep disorders of inorganic nature. – 2019. – V.9, N3. – P. 463-469. (in Russian)]
30. Сиволап Ю.П. Тихая аддикция: злоупотребление снотворными средствами // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. Спецвыпуск «Сон и его расстройства – 2». – 2014. – №22. – С. 30-34. [Sivolap Yu.P. Effektivnaya farmakoterapiya. Nevrologiya i psikiatriya. Spetsvypusk «Son i ego rasstroistva – 2». Silent addiction: abuse of sleeping pills. – 2014. – N22. – P. 30-34. (in Russian)]
31. Стрыгин К.Н. Инсомния как симптом расстройств сна // Эффективная фармакотерапия. – 2017. – №35. – С. 72-79. [Strygin K.N. Effektivnaya farmakoterapiya. Insomnia as a symptom of sleep disorders. – 2017. – N35. – P. 72-79. (in Russian)]
32. Стрыгин К.Н. Нарушения сна в пожилом возрасте // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. – С. 56-62. [Strygin K.N. Effektivnaya farmakoterapiya. Sleep disorders in old age. – 2013. – N12. – P. 56-62. (in Russian)]
33. Стрыгин К.Н., Полуэктов М.В. Инсомния // Медицинский совет. – 2017. – №S. – С. 52–58. [Strygin K.N., Poluektov M.V. Meditsinskii sovet. Insomnia. – 2017. – NS. – P. 52–58. (in Russian)]
34. Тарасевич Е.В. Медикаментозная коррекция нарушений сна и зависимости от снотворных и седативных препаратов // Рецепт. – 2021. – Т.24, №5. – С. 625-633. [Tarasevich E.V. Retsept. Medical correction of sleep disorders and dependence on sleeping pills and sedatives. – 2021. – V.24, N5. – P. 625-633. (in Russian)]
35. Якупов Э.З., Трошина Ю.В., Артемьева Д.В. Вопросы медикаментозной коррекции нарушений сна в условиях стационара // Журнал неврологии и психиатрии. – 2019. – Т.119, №4-2. – С. 69-72. [Yakupov

- E.Z., Troshina Yu.V., Artem'eva D.V. Zhurnal nevrologii i psikhatrii. Issues of drug correction of sleep disorders in a hospital setting. – 2019. – V.119, N4-2. – P. 69-72. (in Russian)]
36. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders: diagnostic and coding manual. Westchester, III: American Academy of Sleep Medicine. – 2005.
37. Badin E., Haddad C., Shatkin J.P. Insomnia: the sleeping giant of pediatric public health // Current Psychiatry Reports. – 2016. – N18(5). – P. 47. doi: 10.1007/s11920-016-0687-0. – PMID: 26993792.
38. Bruni O., Angriman M. Pediatric insomnia: new insights in clinical assessment and treatment options // Archives Italiennes de Biologie. – 2015. – N153(2-3). – P. 144-156. doi 10.12871/000398292015239
39. De Crescenzo F., D'Alò G.L., Ostinelli E.G., Ciabattini M. et al. Comparative effects of pharmacological interventions for the acute and long-term management of insomnia disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis // Lancet. – 2022. – V.16, N.400(10347). – P.170-184. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00878-9. – PMID: 35843245.
40. Riemann D., Baglioni C., Bassetti C. et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia // Journal of Sleep Research. – 2017. – N26 (6). – P. 675-700. doi: n10.1111/jsr.12594. – PMID: 28875581.

Информация об авторах

Солтангишиева Алифа Абдулмуковна – аспирант кафедры фармации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: derzalifa@gmail.com

Бат Нафисет Масхуодовна – доктор фармацевтических наук, профессор, профессор кафедры фармации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: batnm@ksma.ru

Никифорова Елена Борисовна – кандидат фармацевтических наук, доцент, заведующая кафедрой фармации Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: nikiiforovaeb@ksma.ru

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Поступила 26.02.2023

Принята к печати 28.09.2023