

# ИНСОМНИИ: критерии постановки диагноза и клинические особенности у взрослых пациентов

А. Е. Дубенко, Ю. А. Бабкина,  
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков

**В** медицине есть состояния, с которыми сталкиваются врачи различных специальностей, но, несмотря на широкое распространение, врачи редко обращают на них должное внимание. Из-за этого пациенты не получают адекватного лечения. В полной мере к таким состояниям можно отнести все виды нарушений сна, а особенно инсомнии. Подавляющее большинство клиницистов крайне редко спрашивают пациентов о качестве и продолжительности сна (если его нарушение не является основной жалобой), при этом устанавливая диагноз формы расстройства сна с последующей медикаментозной коррекцией.

Повторяющиеся проблемы с инициацией, продолжительностью, консолидацией или качеством сна, которые возникают несмотря на достаточное время и возможности для сна и приводят к определенным нарушениям дневной активности, называются инсомнией. Среди взрослых типичными являются жалобы на проблемы с инициацией и поддержанием сна. Эти жалобы обычно сочетаются с опасениями относительно ночного бодрствования и недостаточного количества ночного отдыха. Реже жалобы при инсомнии характеризуются ощущением плохого качества сна («неосвежающего»), даже когда сохраняется «нормальная» или достаточная продолжительность типичного периода сна.

Инсомния — симптом, который часто возникает в результате других соматических, неврологических заболеваний и психических расстройств, а также может быть коморбидным с другими нарушениями сна. Также инсомния может возникать в результате воздействия определенных веществ при их использовании или злоупотреблении ими.

Если инсомния клинически значима, то она требует отдельного диагностического обозначения, даже в тех случаях, когда клиницист рассматривает ее как симптоматическую. Диагноз «инсомния» устанавливается в два этапа. На первом — необходимо подтвердить наличие собственно инсомнии. Для этого, по нашему мнению, целесообразно использовать критерии, разработанные Неврологическим комитетом Американской академии медицины сна (AASM) и поддержанные Всемирным обществом сна (WSS).

## Общие критерии инсомнии

К общим критериям инсомнии относят:

1. Жалобы на проблемы с инициацией сна, его поддержанием или на ранние пробуждения, или на сон, который постоянно является «неосвежающим» либо плохого качества. У детей инсомнию часто фиксируют воспитатели, она характеризуется сопротивлением укладыванию в постель или неспособностью спать в одиночестве.
2. Вышеуказанные проблемы со сном возникают, несмотря на достаточные возможности и условия для сна.
3. Пациенты сообщают по меньшей мере об одной из следующих форм нарушения дневной активности, связанной с нарушением ночного сна:

- утомляемость или плохое самочувствие;
- нарушение внимания, концентрации или памяти;
- социальная или профессиональная дисфункция или плохая успеваемость в школе;
- нарушение настроения или раздражительность;
- дневная сонливость;
- снижение мотивации, силы или инициативности;
- склонность к совершению ошибок или аварий на работе, или во время управления автомобилем;
- напряженность, головные боли или гастроинтестинальные симптомы в ответ на недостаток сна;
- опасения или беспокойство в отношении сна.

Только наличие вышеописанных критериев позволяет диагностировать наличие у пациента инсомнии. Следующим этапом диагностики должно быть определение ее разновидности, этот период в большинстве клинических ситуаций является ведущим для выработки соответствующей терапевтической тактики.

## Адаптационная инсомния

Острая, проходящая, кратковременная инсомния; инсомния, связанная со стрессом; транзиторная психофизиологическая инсомния — это адаптационная инсомния в сочетании с идентифицированным стресс-фактором. Нарушение сна в случае адаптационной инсомнии имеет относительно короткую продолжительность: от нескольких дней до нескольких недель. Значит, данное нарушение разрешается или ожидается его разрешение, когда исчезает специфический стресс-фактор или реакция

индивидуума на него. Адаптационную инсомнию могут спровоцировать :

- изменения или конфликты в межличностных отношениях;
- профессиональный стресс;
- личные потери, тяжелые утраты;
- новый медицинский диагноз;
- посещение нового места или переезд туда;
- физические изменения в окружающей обстановке во время сна.

Возникающее в результате нарушение сна может включать удлинение его латентности, увеличение количества и продолжительности пробуждений от сна, короткую общую его продолжительность или его плохое качество. Некоторые лица могут предъявлять жалобы на дневную сонливость или утомляемость, трудности с поддержанием бодрствования или повторные эпизоды засыпания днем.

Помимо самого нарушения сна, адаптационная инсомния часто сопровождается психоневрологической симптоматикой во время бодрствования (тревога, беспокойство, заторможенность, тоска, депрессия, связанные со специфическим стресс-фактором) и физическими нарушениями (мышечное напряжение, желудочно-кишечные расстройства, головные боли). Дневные симптомы могут развиваться как за счет наличия стресс-фактора, так и в результате нарушения сна.

#### **Диагностические критерии**

К диагностическим критериям адаптационной инсомнии относят следующие признаки:

1. Симптомы пациента соответствуют критериям инсомнии.
2. По времени нарушение сна связано с идентифицируемым стресс-фактором, который по природе является психологическим, психосоциальным, межличностным, связанным с окружающей обстановкой или физическим.
3. Разрешение нарушения сна ожидается по мере прекращения воздействия острого стресс-фактора или по мере приспособления индивидуума к нему.
4. Нарушение сна продолжается менее трех месяцев.
5. Объяснить нарушение сна невозможно другими существующими причинами, соматическими или неврологическими проявлениями, психическими расстройствами, использованием лекарственных или других веществ.

#### **Дифференциальная диагностика**

Адаптационная инсомния имеет много общих симптомов с психофизиологической инсомнией. Однако она отличается от последней короткой продолжительностью, наличием идентифицированного провоцирующего фактора и отсутствием клинически значимого закрепившегося или ассоциативного компонента данного расстройства.

При нарушении циркадного ритма сна с острым началом провоцирующий фактор — очевидное изменение циркадной модели сна в результате смены часовых поясов или начала сменной работы. Инсомнии, вызванные заболеваниями, употреблением лекарственных или других веществ, диагностируются, когда клиницист считает, что нарушение сна

преимущественно связано с этой патологией или средством. Адаптационная инсомния отличается от психических расстройств, протекающих с нарушением сна, тяжестью его нарушений, выраженной больше, чем другие симптомы. Острое начало, идентифицированный стресс-фактор и короткая продолжительность адаптационной инсомнии отличает ее от большинства психических расстройств.

Полисомнографическое исследование неинформативно, так как удлинение латентности сна, увеличение количества и продолжительности пробуждений, короткая общая продолжительность при сохраненной его формуле не всегда могут быть обнаружены.

#### **Психофизиологическая инсомния**

Психофизиологическая инсомния — «заученная», условно-рефлекторная, функционально автономная, хроническая, первичная инсомния, которая характеризуется усилением активирующих и снижением тормозных процессов, обеспечивающих и поддерживающих седацию. В частности, появление и поддержание мешающих сну ассоциаций вызывают инсомнию и сопутствующее снижение активности в период бодрствования. Психофизиологическая активирующая реакция может быть связана с эмоциональными реакциями, которые не отвечают критериям тех или иных психических расстройств.

У пациента зачастую отмечается крайняя настороженность. Развивается патологический психологический цикл, при котором чем больше он прилагает усилий, чтобы отойти ко сну, тем более возбужденным и тревожным становится, и тем меньше его способность заснуть. Чаще всего раздражителями являются привычные ранее условия сна. Пациенты с таким условно-рефлекторным возбуждением могут сообщать, что их сон улучшается вне их собственной спальни и вне их обычного режима. Мешающие сну ассоциации могут закрепиться также во время инсомнии, вызванной другими провоцирующими причинами (такими как депрессия, боль, мешающая сну обстановка и сменная работа).

Проблемы со сном нередко ведут:

- к ухудшению настроения и снижению мотивации;
- к понижению внимания, бдительности, силы и концентрации;
- к усилению утомляемости и ухудшению самочувствия.

Несмотря на эти симптомы и дневную сонливость, лица с психофизиологической инсомнией не проявляют тенденции ко сну в дневное время, а многие даже сообщают о неспособности уснуть днем.

#### **Диагностические критерии**

Среди диагностических критериев психофизиологической инсомнии следует выделить:

1. Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
2. Инсомния продолжается по меньшей мере один месяц.
3. Подтверждено, что проблемы со сном и/или учащение пробуждений в постели обусловлены у пациента одним или несколькими из следующих факторов:

- избыточное сосредоточение внимания на сне и усиление беспокойства относительно сна;
- трудности с засыпанием в постели в желаемое время ночного отдыха или во время запланированного дневного сна, но отсутствие проблем с засыпанием во время иной монотонной деятельности, когда сон не предполагается;
- способность спать лучше вне дома, чем дома;
- пробуждение в постели характеризуется или навязчивыми мыслями, или ощущением неспособности произвольно остановить мешающую сну мысленную активность;
- повышенное соматическое напряжение, отражающее ощущение неспособности расслабить тело в такой степени, чтобы позволить сну начаться.

4. Нарушение сна нельзя объяснить лучше другими существующими нарушениями сна, соматическими или неврологическими нарушениями, психическими расстройствами, использованием лекарственных или других веществ.

### Дифференциальная диагностика

У пациентов с идиопатической инсомнией отмечаются скрытое начало их проблем со сном в детстве и намного более стойкая картина плохого сна на протяжении жизни. В отличие от парадоксальной инсомнии, при психофизиологическом ее виде не отмечается крайне выраженных и физиологически неправдоподобных жалоб на нарушение сна и значительных противоречий между объективными и субъективными его показателями. При психофизиологической инсомнии больше мешающих сну ассоциаций и его нарушения продолжительнее, чем при адаптационной инсомнии. Диагноз инсомнии при нарушении гигиены сна должен устанавливаться пациентам, вовлеченным в деятельность, несовместимую со сном хорошего качества, но с незначительными признаками рефлекторных активаций или без них в обычной обстановке сна. Тогда как психофизиологическая же инсомния — у пациентов с рефлекторными активациями в качестве единственного или основного фактора, закрепляющего их проблемы со сном.

При инсомнии, связанной с нарушениями циркадного ритма сна с запаздыванием фазы сна, в отличие от психофизиологической ее формы, начало сна постоянно возникает позже, чем требуется, из-за запаздывания фазы индивидуального циркадного ритма по сравнению с желаемым режимом сна. К тому же проблемы с началом сна сохраняются и продолжительность сна уменьшается в случаях, когда пациент выбирает слишком раннее время отхода ко сну и подъема, лежащие за пределами фазы эндогенного циркадного ритма. Обычно при психофизиологической инсомнии он чувствует себя усталым или сонным во время отхода ко сну, но не может заснуть.

Дифференциальная диагностика психофизиологической инсомнии, инсомнии, вызванной употреблением лекарственных или других веществ, и инсомнии при психических расстройствах в качестве отдельного диагноза сложна, особенно когда отмечаются симптомы тревоги и снижения настроения. Субклинические проявления снижения настроения и тревоги часто наблюдаются при

психофизиологической инсомнии, но в целом они менее выражены, чем те, что бывают при диагностированных психических расстройствах.

Результаты полисомнографического мониторингирования сна могут выявить повышенную его латентность или увеличение продолжительности бодрствования после начала сна в сочетании с уменьшением его эффективности. Средняя латентность при множественном тесте латентности сна обычно укладывается в интервал от 10 до 15 минут, хотя меньшая часть этих пациентов подтверждает достоверную сонливость.

### Парадоксальная инсомния

Основной признак парадоксальной инсомнии (мисперцепции состояния сна, субъективной инсомнии, псевдоинсомнии, нарушения сна без объективного его подтверждения, ипохондрии сна или субъективной болезни сна) — жалоба на тяжелую бессонницу, возникающую без доказательства объективного расстройства сна и без уровня нарушения дневной активности, сопоставимого с той степенью дефицита сна, о которой сообщается.

Жалоба на незначительную продолжительность или отсутствие сна сопровождается сообщением об интенсивном восприятии окружающего или мыслительных процессах, соответствующих бодрствованию. Переоценка латентности сна и недооценка его продолжительности относительно значений, наблюдаемых при одновременном объективном исследовании процесса сна, — ключевые признаки парадоксальной инсомнии. Так, от других состояний инсомнии она отличается непосредственно величиной этого несоответствия.

Во многих случаях исключительная степень нарушения сна, о которой сообщается, представляется физиологически неправдоподобной и не согласующейся с уровнем дневной активности данных пациентов. При этом у таких лиц не наблюдаются признаки симуляции. Следовательно, обязательно должна проводиться диагностика психопатологии, которая могла вызвать этот симптомокомплекс.

### Диагностические критерии

Диагностическими критериями психопатологии являются:

1. Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
2. Инсомния продолжается по меньшей мере один месяц.
3. Применимы один или более критериев из следующих:
  - пациент сообщает о хронической картине с незначительной продолжительностью сна или вообще без него на протяжении большинства ночей; с редкими случаями, во время которых наблюдается относительно нормальная продолжительность сна;
  - данные дневника сна в течение одной или нескольких недель наблюдения указывают на среднюю его продолжительность, что значительно ниже возрастных нормативных значений, часто с обозначением полного отсутствия сна в течение нескольких ночей в неделю; обычно после этого отсутствует дневной сон;

- у пациента выявляется постоянное существенное противоречие между объективными результатами полисомнографии или актиграфии и субъективными оценками процесса сна по данным самоотчета или дневника сна.
- По меньшей мере наблюдается одно из следующего:
    - пациент заявляет о постоянном или почти устойчивом восприятии внешних раздражителей на всем протяжении большинства ночей;
    - пациент говорит об общей картине осознания мыслей или размышлений на всем протяжении большинства ночей, когда он лежит в постели.
  - Нарушение дневной активности, о котором сообщается, такое же, как при других типах инсомнии, и значительно менее тяжелое, чем можно было бы ожидать, исходя из описываемого исключительного уровня депривации сна; не упоминается о навязчивых дневных эпизодах сна, о дезориентации и о серьезных инцидентах, связанных со значительным снижением внимательности или бдительности, даже после бессонных, по мнению пациента, ночей.
  - Объяснить нарушение сна нельзя лучше другими существующими его нарушениями, соматическими или неврологическими нарушениями, психическими расстройствами, использованием лекарственных или других веществ.

#### **Дифференциальная диагностика**

В отличие от пациентов с психофизиологической инсомнией, у лиц с парадоксальной инсомнией, как правило, отсутствуют мешающие сну ассоциации, которые закрепляют нарушение сна. Помимо того, парадоксальная инсомния редко встречается в детском возрасте и не длится в течение всей жизни, как идиопатическая инсомния. Зачастую психические расстройства могут сочетаться с нарушением сна, ощущаемым как небольшая его продолжительность или вовсе отсутствие сна. Однако при парадоксальной инсомнии не наблюдаются другие симптомы, которыми манифестируют психические расстройства.

При проведении полисомнографического исследования у пациентов с парадоксальной инсомнией обычно не прослеживается значительного дефицита сна во время проведения полисомнографии, несмотря на их утверждения о небольшой его продолжительности или вовсе об отсутствии сна во время этого исследования. У пациентов с парадоксальной инсомнией и у лиц без жалоб на сон, как правило, стандартные его параметры, такие как общая продолжительность сна, латентность начала сна и длительность бодрствования после начала сна, сходны. Распределение сна по стадиям у большинства пациентов с этим состоянием оказывается нормальным.

Субъективные оценки пациентами латентности сна и продолжительности бодрствования после начала сна по меньшей мере в 1,5 раза превышают значения, получаемые во время проведения полисомнографии. Аналогично этому, оценка общей продолжительности сна часто составляет до 50 % от фактического времени, полученного при объективном исследовании.

#### **Идиопатическая инсомния**

Пациенты с идиопатической инсомнией (бессонницей с началом в детстве либо на протяжении всей жизни) обычно жалуются на проблемы со сном в течение всей жизни, начинающиеся еще в младенчестве или детстве. Их специфический характер может выражаться в трудности засыпания, повторных пробуждениях или короткой общей продолжительности сна. Данная инсомния устойчива, с небольшим числом длительных периодов стойкой ремиссии.

Одним из отличительных признаков идиопатической инсомнии является отсутствие любых причин, связанных с началом или продолжением состояния, включая психо-социальные стресс-факторы, другие нарушения сна, заболевания или прием медикаментозных средств. Базовые проблемы со сном при идиопатической инсомнии могут обостряться обстоятельствами, которые обычно ведут к нарушению сна, или под влиянием соматических и психиатрических расстройств и лекарственных средств.

У большинства пациентов с идиопатической инсомнией психологические симптомы (по данным оценочных шкал и при количественной оценке) демонстрируют лишь минимальные отклонения.

#### **Диагностические критерии**

К диагностическим критериям идиопатической инсомнии относят:

- Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
- Хроническое течение расстройства, на что указывает каждый из следующих критериев:
  - начало в младенчестве или детстве;
  - отсутствие идентифицированного провоцирующего фактора или причины;
  - постоянное течение с отсутствием периодов устойчивой ремиссии.
- Нарушение сна нельзя объяснить лучше другими существующими нарушениями сна, соматическими или неврологическими нарушениями, психическими расстройствами, использованием лекарственных или психоактивных веществ.

#### **Дифференциальная диагностика**

В детские годы может быть трудно отличить идиопатическую инсомнию от детской поведенческой инсомнии, в том числе из-за того, что длительное течение расстройства еще не установлено. При идиопатической инсомнии нет идентифицируемых провоцирующих или закрепляющих факторов.

Так, у пациентов с психофизиологической инсомнией более явно выявляются заученные мешающие сну ассоциации или активации, специфические для ситуации в соответствии с обстоятельствами сна. Обычно психофизиологическая инсомния начинается во взрослом возрасте, с большей вероятностью имеет определенное начало и, как правило, варьирует по выраженности с течением времени.

Инсомния при заболеваниях внутренних органов (например, муковисцидоз, нарушения нервно-психического развития) также может быть хронической и начинаться в детстве.

Поэтому наличие таких заболеваний и связь уровня инсомнии со степенью компенсации заболеваний внутренних органов является важным дифференциально-диагностическим фактором, который необходимо учитывать при проведении дифференциальной диагностики.

Хронические психические расстройства, такие как депрессии или генерализованное тревожное расстройство, могут иметь раннее начало, хронические жалобы на нарушения сна и непрерывное течение, потому что дифференциация идиопатической инсомнии и инсомнии при психических расстройствах является сложной клинической задачей. Поскольку только своевременное выявление симптомов этих психических расстройств помогает установить правильный диагноз. Лица с идиопатической инсомнией следует отличать от нормальных короткоспящих. В отличие от лиц с идиопатической инсомнией, у короткоспящих не возникает в дневное время какого-либо недомогания и последствий, вызванных характерными для них особенностями сна.

Данные полисомнографии демонстрируют нарушения непрерывности сна, включая удлинение латентности его начала, увеличение времени бодрствования после начала сна, уменьшение общей его продолжительности и эффективности. Кроме того, процентное соотношение различных стадий сна также изменяется с удлинением 1-й и 2-й стадий и укорочением 3-й. У пациентов с некоторыми формами инсомнии выявляется усиление физиологических активаций и интенсивности обмена веществ до и во время сна, однако не доказано, что они специфичны для идиопатической инсомнии.

### **Инсомния при психических расстройствах**

Инсомния, относящаяся к психопатологии (психиатрическая инсомния, нарушения сна, вызванные депрессией либо тревожным расстройством), наблюдающаяся как симптом идентифицированного психического расстройства и связанная с его течением, представляет собой отдельную проблему и, следовательно, особый предмет терапии. Как правило, такая инсомния развивается одновременно с началом психического расстройства, нарастает и убывает во времени в прямой зависимости от других симптомов данного нарушения.

Проблемы с засыпанием типичны для пациентов с тревожными нарушениями, особенно в молодом возрасте. Так, при депрессии более типичными являются частые пробуждения в течение ночи или ранние утренние пробуждения с трудностью возвращения в сон. Нередкими сопутствующими признаками также становятся несоблюдение гигиены сна и многократная медикаментозная терапия инсомнии в анамнезе.

#### **Диагностические критерии**

К диагностическим критериям инсомнии при психических расстройствах относят:

1. Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
2. Инсомния продолжается по меньшей мере один месяц.
3. Психическое расстройство диагностировано в соответствии со стандартными критериями.

4. Ассоциирована инсомния по времени с психическим расстройством, однако в некоторых случаях она может появиться на несколько дней или недель раньше манифестации лежащего в ее основе психического расстройства.

5. Инсомния более выражена, чем та, что обычно сопровождает психическое расстройство, вызывая значительное недомогание и представляя собой самостоятельный предмет терапии.

6. Нарушение сна нельзя объяснить другими существующими нарушениями сна, соматическими или неврологическими нарушениями, использованием лекарственных или других веществ.

#### **Дифференциальная диагностика**

Больше диагноз психофизиологической инсомнии может подойти тогда, когда инсомния поддерживается условно-рефлекторной возбуждением и заученным поведением, в то время как инсомния при нарушении, собственно, режима сна — в случаях, когда плохая его гигиена является самым очевидным закрепляющим механизмом данной патологии.

Тревога — частый симптом психофизиологической инсомнии, а также инсомнии, возникающей в результате лежащего в ее основе тревожного расстройства. При психофизиологической инсомнии симптомы тревоги манифестируют преимущественно в виде озабоченности проблемами со сном. Кроме того, у пациентов с инсомнией, вызванной тревожным расстройством, симптомы тревоги представлены шире и не связаны исключительно с жалобами на сон.

Аналогичным образом при психофизиологической инсомнии могут проявляться дисфория, потеря аппетита и другие симптомы, подтверждающие развитие большого депрессивного эпизода. При нарушениях настроения обычно сохраняются признаки депрессии, даже когда появляются некоторые симптомы улучшения сна. У многих пациентов с инсомнией при психических расстройствах может наблюдаться мисперцепция сна, сходная с таковой у лиц с парадоксальной инсомнией. Однако парадоксальная инсомния развивается в отсутствие лежащего в ее основе психического расстройства.

Полисомнография чаще всего фиксирует нарушения непрерывности сна, включая удлинение латентности его начала, увеличение количества активаций, уменьшение общей продолжительности сна и его эффективности. Стало быть, процентное соотношение различных стадий сна также изменяется с удлинением 1-й и 2-й стадий.

В зависимости от основного заболевания могут фиксироваться приступы панических атак. А при депрессивном расстройстве, биполярном расстройстве и дистимии укорачивается латентный период, растет продолжительность фазы быстрого сна за счет снижения периодов медленного сна.

### **Инсомнии при нарушении гигиены сна**

Специфическое поведение, которое формирует инсомнии при нарушении мероприятий, предназначенных для обеспечения полноценного здорового сна (неправильная его гигиена, привычка к нерегулярному сну, избыточный

дробный сон, несовместимое со сном поведение), можно разбить на две крупные категории: привычки, которые повышают активность и те, которые несовместимы с принципами организации сна. Часто используемые субстанции, такие как кофеин и никотин, могут вызывать возбуждение. Алкоголь также может мешать нормальному процессу сна, вызывая при этом пробуждения.

Стресс, эмоциональное возбуждение, напряженная психическая деятельность или чрезмерная физическая активность также могут способствовать стадии активации и тем самым нарушать сон, если они происходят незадолго до времени засыпания.

Помимо того, сон может нарушаться или становиться неустойчивым, если в постели проводится слишком много времени или излишне варьирует изо дня в день режим сна-бодрствования и если днем практикуется дробный сон. У многих пациентов с неадекватной гигиеной сна выявляется слабое понимание того, как их привычки влияют на этот процесс.

### Диагностические критерии

К диагностическим критериям инсомнии при нарушении гигиены сна относят:

1. Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
2. Инсомния продолжается по меньшей мере один месяц.

3. Очевидны неправильные привычки, связанные с гигиеной сна, что проявляется по меньшей мере одним из следующего:

- неправильный режим сна, включающий частый дневной сон, выбор самого раннего или позднего времени для отхода ко сну, пребывание в постели в течение длительного времени;
- повседневное употребление продуктов, содержащих алкоголь, никотин или кофеин, особенно перед отходом ко сну;
- вовлеченность в деятельность, стимулирующую психику, активизирующую физически или расстраивающую эмоционально, незадолго до отхода ко сну;
- частое использование постели для деятельности, не связанной со сном (например, для просмотра телевизионных передач, чтения, учебы, приема пищи, размышлений, планирования);
- неумение поддерживать обстановку, комфортную для сна.

4. Расстройство сна нельзя объяснить другими существующими нарушениями, соматическими или неврологическими изменениями, психическими расстройствами, использованием лекарственных или других веществ.

### Дифференциальная диагностика

Большинство пациентов с неадекватной гигиеной сна, в отличие от лиц с психофизиологической инсомнией, не сообщают об улучшении сна в новой обстановке, а также у них не отмечается условно-рефлекторного физиологического возбуждения в ответ на обычные для них условия сна. Поскольку связанные с его гигиеной привычки могут со временем меняться, то у пациентов с неправильным режимом сна отмечается

нарастание и убывание их проблем со сном. К тому же они в меньшей степени склонны к упорному, постоянному расстройству сна, чем пациенты с идиопатической инсомнией. Так, в отличие от идиопатической инсомнии, неправильная гигиена сна обычно не отмечается у маленьких детей.

Пациенты с неправильной гигиеной сна могут проявлять тенденцию к недооценке его продолжительности, но у них не происходит столь выраженной недооценки, как у лиц из парадоксальной инсомнией. Возбуждение, связанное с факторами окружающей обстановки, может возникнуть в связи со слишком высокой внешней температурой, беспокойством со стороны домашних животных или с излишней освещенностью в спальне. Когда эти факторы являются главной причиной инсомнии, приемлем диагностический критерий нарушения сна из-за окружающей обстановки.

Лицам с умеренно выраженными или тяжелыми нарушениями дыхания во сне или синдромом беспокойных ног бывает трудно избежать дневного сна или придерживаться стандартного режима сна-бодрствования из-за чрезмерной и выраженной сонливости. В противоположность циркадным нарушениям жалобы на сон, вызванные неправильной его гигиеной, не устраняются легко после приведения режима в соответствие с эндогенным ритмом сна-бодрствования. Кроме того, при циркадных нарушениях наблюдается явное предпочтение атипичного режима сна.

Различные формы депрессии могут вызывать значительное непостоянство процесса сна или заставлять пациентов проводить излишнее время в постели, чтобы уйти от повседневных стресс-факторов. Пациенты с нарушением гигиены сна, подобно имеющим проблемы с зависимостью, могут злоупотреблять такими веществами, как алкоголь, в результате чего нарушается нормальный сон. У лиц с некоторыми заболеваниями, вызывающими боль, могут отмечаться неустойчивый сон и различные его проявления в дневное время, отражающие нарастание и убывание болевых ощущений.

Полисомнографическое исследование, как правило, не демонстрирует специфических изменений сна, хотя может регистрироваться удлинение латентности начала сна и латентности быстрого сна. Формула сна также может быть несколько изменена за счет удлинения фаз медленного сна, особенно 2-й и 3-й фазы, и за счет укорочения быстрой его фазы.

### Инсомния при приеме лекарственных или других веществ

Нередко у пациентов при приеме лекарственных или других веществ наблюдаются симптомы нарушения сна, индуцированные психоактивными средствами, алкоголем, стимуляторами, связанные со злоупотреблением наркотиками, синдромом отмены, либо вызванные пищевой аллергией, токсинами. В свою очередь, известны токсин-индуцированное расстройство сна — подавление или его нарушение, которое индуцировано потреблением предписанного лекарственного средства, легкого наркотика, кофеина, алкоголя, компонента пищи или токсина из окружающей среды.

Расстройство сна может возникнуть в период употребления, воздействия или прекращения действия вещества. Нарушение сна может появиться в результате воздействия веществ, которые являются стимуляторами или супрессорами центральной нервной системы (ЦНС).

Стимуляторы, которые чаще всего вызывают проблемы со сном, — кофеин, амфетамины и кокаин. Кофеин может порождать нарушения фазы начала сна и его поддержания, если потребляется в конце периода бодрствования или в чрезмерно высоких дозах в течение дня. Использование амфетаминов и кокаина, как правило, вызывает инсомнию в период интоксикации и повышенную сонливость в период отмены. Наряду с этим инсомния может быть побочным эффектом определенных антидепрессантов, различных антигипертензивных средств, гиполипидемических лекарств, кортикостероидов, антипаркинсонических средств, теофиллина, аноректических и противоэпилептических средств. Алкоголь — первый «снотворный препарат», известный человечеству, который до сих пор часто используют с целью вызвать сон. У лиц, применяющих алкоголь для засыпания, может наблюдаться уменьшение латентности начала сна, помимо того, они в большей степени склонны к фрагментированной и «неосвежающей» его фазе. При продолжительном использовании алкоголя в целях вызвать сон утрачивается его эффективность в связи с развитием толерантности.

Длительное воздействие токсинов окружающей среды бывает нераспознанным в течение продолжительного времени, несмотря на наличие инсомнии и других симптомов токсичности. Распространенные пищевые аллергии у чувствительных лиц также могут вести к проблемам с инициацией или поддержанием сна либо с тем и другим одновременно.

Инсомния, возникающая в результате избыточного потребления кофеина, может сопровождаться тревогой, повышенной возбудимостью и усилением дневной сонливости. Резкое прекращение приема седативных препаратов и гипнотиков, особенно медикаментозных средств с коротким периодом полувыведения, может сопровождаться инсомнией отмены с характерным внезапным ухудшением сна. Алкоголь подавляет быстрый сон, поэтому у лиц, использующих его продолжительное время для улучшения сна, часто возникает ребаунд быстрого сна, для которого характерны яркие и тревожные сновидения при отмене.

Перечень медикаментозных препаратов, пищевых продуктов и других веществ, что могут вызвать инсомнию, не ограничивается вышеперечисленными. Крайне важен поэтому сбор анамнеза и учет других симптомов, не имеющих непосредственного отношения ко сну (к примеру, аллергические реакции, изменения когнитивных функций и др.), которые появились параллельно с инсомнией.

### Диагностические критерии

К диагностическим критериям инсомнии при приеме лекарственных или других веществ относят:

1. Симптомы пациента отвечают критериям инсомнии.
2. Инсомния продолжается по меньшей мере один месяц.

3. Наблюдается одно из следующего:

- имеет место существующая в настоящее время зависимость/злоупотребление лекарственным либо другим веществом с известными свойствами, нарушающим сон, или в период использования/интоксикации, либо в период отмены;
- пациент в настоящее время употребляет/испытывает воздействие медикаментозного средства, пищевого продукта или токсина с известными свойствами, нарушающими сон у чувствительных лиц.

4. По времени инсомния совпадает с воздействием вещества, его использованием или злоупотреблением им либо с острой отменой.

5. Объяснить нарушение сна нельзя лучше другими существующими нарушениями сна, соматическими или неврологическими нарушениями или психическими расстройствами.

### Дифференциальная диагностика

При нарушении гигиены сна пациенты с диагнозом инсомнии могут неправильным образом употреблять такие вещества, как кофеин или алкоголь (незадолго до отхода ко сну), у них не наблюдается чрезмерного употребления или зависимости.

Диагноз психофизиологической инсомнии может подойти лучше, если инсомния в основном поддерживается условно-рефлекторным возбуждением, заученным поведением или и тем, и другим, в то время как диагноз инсомнии при нарушении режима сна больше подходит в случаях, когда неправильная его гигиена — наиболее очевидный закрепляющий механизм. В зависимости от действия вещества, нарушающего сон, различаются, соответственно, и полисомнографические результаты. Стимуляторы повышают латентность сна, усиливают активацию и снижают общее его время.

Латентность быстрого сна может быть удлинена, а общая продолжительность фазы быстрого сна — снижена. Во время отмены стимулятора латентность сна уменьшается, общее его время увеличивается и может наблюдаться ребаунд быстрого сна. Данные исследования лиц, использовавших бензодиазепины на постоянной основе, показали относительно низкие процентные значения 1-й и 3-й стадий и быстрого сна. Уменьшение длительности 3-й стадии наряду с фрагментацией быстрого сна возникает при длительном употреблении алкоголя.

### Инсомнии при заболеваниях внутренних органов

Нарушения сна могут быть вызваны общим заболеванием; при органической патологии может развиваться органическая инсомния. У лиц с хроническим выраженным болевым синдромом нередко отмечается «неосвежающий» сон. Обструктивные болезни легких также могут характеризоваться проблемами с инициацией сна, неоднократными пробуждениями с респираторными расстройствами (например, нехваткой воздуха или ночным кашлем) и чувством разбитости после утреннего пробуждения. Зачастую у пациентов, страдающих связанной со сном астмой, могут возникать ночные пробуждения с одышкой, свистящим дыханием, кашлем,

ощущением нехватки воздуха и стеснения в груди в сочетании с тревогой. Список органических инсомний, что могут приводить к фрагментации сна и нарушениям его формулы, можно продолжать — кардиальная патология, заболевания ЦНС, желудочно-кишечного тракта и других систем организма. Поэтому необходимо обращать особое внимание на качество сна у пациентов с соматической патологией, а также помнить о том, что инсомния может быть ранним клиническим проявлением соматического или неврологического расстройства.

К жалобам на бессонницу может приводить нередко возникающее нарушение сна, сопряженное с менопаузой. Женщин с таким нарушением тревожат неоднократные ночные пробуждения, связанные с «приливами» или ночной потливостью.

Беременность также может вызывать проблемы со сном, особенно в последнем триместре. В этот период могут возникать неоднократные ночные пробуждения и подавление медленноволнового сна. При заболеваниях внутренних органов инсомния может сочетаться с чрезмерным вниманием ко сну, тревогой относительно плохого его качества и жалобами на нарушение дневной активности.

Нередко наблюдается беспокойность влиянием инсомнии на вызвавшее ее заболевание или состояние, либо на общее состояние здоровья.

### Диагностические критерии

К диагностическим критериям инсомнии при заболеваниях внутренних органов относят:

1. Симптомы пациента отвечают критериям диагноза инсомнии.
2. Продолжается инсомния по меньшей мере один месяц.
3. Одновременно у пациента имеет место соматическое или физиологическое патологическое состояние, нарушающее сон.
4. Явно инсомния связана с соматическим или физиологическим состоянием. Ее появление по времени почти совпадает с началом или значительным прогрессированием соматического или физиологического патологического состояния, инсомния нарастает и убывает в соответствии с колебаниями тяжести данной патологии.
5. Нарушение сна нельзя объяснить лучше другими существующими причинами его развития, психическими расстройствами, использованием лекарственных или других веществ.

### Дифференциальная диагностика

Инсомния, вызванная заболеваниями внутренних органов, устанавливается в том случае, когда ее симптомы непосредственно увеличиваются и уменьшаются вместе с нарастанием и убыванием самого заболевания.

В свою очередь, инсомния, вызванная приемом лекарственных или других веществ, диагностируется, если очевидно, что она начинается вскоре после назначения того или иного медикаментозного средства и, соответственно, ослабевает при его отмене.

Полисомнографическое исследование демонстрирует снижение общего времени сна, увеличение количества пробуждений от сна, подавление медленноволнового сна в виде уменьшения длительности 3-й стадии.

### Выводы

Понимание клиницистом характера инсомнии обеспечивает реальную возможность ее адекватного лечения. Специалисты выделяют инсомнию и неорганического характера, неуточненную (для форм, которые не могут быть отнесены к определенному типу, но, вероятно, связаны с лежащим в их основе психическим расстройством, психологическими факторами или нарушающими сон привычками).

Этот диагноз может быть использован и тогда, когда представляется, что психологические и поведенческие факторы участвуют в возникновении инсомнии, но симптомы не полностью соответствуют критериям одного из определенных ее типов) и инсомнии органического характера, неуточненной (для форм, которые не могут быть отнесены к определенному типу, но предполагается, что они связаны с лежащим в их основе заболеванием внутренних органов, физиологическим состоянием или употреблением и воздействием вещества. А также когда считается, что эндогенное физиологическое нарушение или патологическое состояние задействовано в возникновении инсомнии, но симптомы не полностью соответствуют критериям одного из определенных ее типов).

В клинической практике необходимо стремиться к определению истинного характера инсомнии. Если это не представляется возможным при первичном обращении пациента, диагностический процесс не должен прекращаться до тех пор, пока характер инсомнии не будет установлен.

### Литература

1. 2005 Adult sleep habits and styles. National Sleep Foundation Web site. [https://sleepfoundation.org/sites/default/files/2005\\_summary\\_of\\_findings.pdf](https://sleepfoundation.org/sites/default/files/2005_summary_of_findings.pdf). Published 2005. Accessed June 2016.
2. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, Ill.: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
3. American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders. 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
4. American Academy of Sleep Medicine. The International classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and coding manual. Chicago, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2001.
5. Bathgate C. J., Edinger J. D., Wyatt J. K., Krystal A. D. Objective but not subjective short sleep duration associated with increased risk for hypertension in individuals with insomnia. *Sleep*. 2016. Vol. 39(5). P. 1037–1045.
6. Kassam A., Patten S. B. Hypnotic use in a population-based sample of over thirty-five thousand interviewed Canadians. *Popul Health Metr*. 2006. Vol. 4. P. 15.
7. NIH State-of-the-Science Conference Statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. *NIH Consens State Sci Statements*. 2005. Vol. 22 (2). P. 1–30.
8. Schutte-Rodin S., Broch L., Buysse D. et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med*. 2008, Oct 15. Vol. 4 (5). P. 487–504.
9. Winkler A., Auer C., Doering B. K., Rief W. Drug treatment of primary insomnia: a meta-analysis of polysomnographic randomized controlled trials. *CNS Drugs*. 2014. Vol. 28 (9). P. 799–816.