

11. Bloom D., Hultcrantz M. Vestibular morphology in relation to age and circling behavior. *Acta Otolaryngol* 1994;114(4):387–92.
12. Lyon M.J., Wanamaker H.H. Blood flow and assessment of capillaries in the aging rat posterior canal crista. *Hear Res* 1993;67(1–2):157–65.
13. Fujii M., Goto N., Kikuchi K. Nerve fiber analysis and the aging process of the vestibulo-cochlear nerve. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1990;99(11):863–70.
14. Alvarez J.C., Diaz C., Suarez C. Neuronal loss in human medial vestibular nucleus. *Anat Rec* 1998;251(4):431–8.
15. Paige G.D. Senescence of human visual-vestibular interactions. I. Vestibulo-ocular reflex and adaptive plasticity with aging. *J Vestib Res* 1992;2(2):133–51.
16. Brandt T., Dieterich M. *Vértigo and dizziness: common complains*. London: Springer, 2004;503 p.
17. Herdman S.J. (ed.). *Vestibular Rehabilitation*. 2nd ed. Philadelphia, PA: FA Davis; 2000.
18. Curthoys I.S. Vestibular compensation and substitution. *Curr Opin Neurol* 2000;13:27–30.
19. Gans R.E. *Vestibular rehabilitation: protocols and programs*. San Diego: Singular Publishing group, 1996;120 p.
20. Hamann K.F. Special ginkgo extract in cases of vertigo: a systematic review of randomised, double-blind, placebo controlled clinical examinations. *HNO* 2007;55:258–63.
21. Orendors-Fraczkowska K., Pospiech L., Gawron W. Results of combined treatment for vestibular receptor impairment with physical therapy and Ginkgo biloba extract (Egb 761). *Otolaryngol Pol* 2002;56(1):83–8.
22. Lacour M., Ez-Zaher L., Raymond J. Plasticity mechanisms in vestibular compensation in the cat are improved by an extract of Ginkgo biloba (EGb 761). *Pharmacol Biochem Behav* 1991;40(2):367–79.
23. Heide W., Adlung B.B. Schwindel und Nystagmus bei zentral-vestibulären Ischämien: eine Placebo-kontrollierte Therapiestudie mit Ginkgo-biloba-Extrakt EGb 761. *Aktuelle Neurol* 1998;25:94.

**Н.А. Тювина, Е.П. Щукина, Е.А. Изотова**

*Кафедра психиатрии и медицинской психологии ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова*

## Расстройства сна при психических заболеваниях и их коррекция

*Проанализированы данные литературы, посвященной нарушениям сна и их коррекции в популяции и у пациентов с психическими расстройствами, представлен собственный опыт применения золпидема (санвал) для лечения инсомнии при различных психических заболеваниях. Охарактеризованы клинические особенности нарушений сна при невротических и аффективных расстройствах, шизофрении и органических поражениях головного мозга. Обсуждаются показания к применению санвала как в виде монотерапии, так и в сочетании с другими психотропными препаратами (антидепрессантами и антипсихотиками с седативным эффектом) для терапии нарушений сна в рамках психических расстройств. Показаны высокая эффективность и хорошая переносимость санвала у 100 больных, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в психиатрической клинике. Отсутствие формирования зависимости и синдрома отмены позволяет использовать санвал длительными курсами, особенно у пациентов с хронической стойкой бессонницей и в позднем возрасте.*

**Ключевые слова:** инсомния, психические расстройства, диагностика, терапия, санвал.

**Контакты:** Нина Аркадьевна Тювина [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

### *Sleep disorders in mental diseases and their correction*

*N.A. Tyuvina, E.P. Shchukina, E.A. Izotova*

*Department of Psychiatry and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

*The authors analyze the data available in the literature on sleep disorders and their correction in the population and in patients with mental disorders and give their experience in using zolpidem (sanval) to treat insomnia in different mental diseases. The clinical features of sleep disorders are characterized in neurotic and affective disorders, schizophrenia, and organic brain injuries. Indications for the use of sanval both alone and in combination with other psychotropic drugs (antidepressants and antipsychotics with a sedative effect) for the therapy of sleep disorders within the framework of mental disorders are discussed. Sanval is shown to be highly effective and well tolerated in 100 psychiatric in- and outpatients. No dependence on this drug and withdrawal syndrome permit sanval to be used as long-term courses in patients with chronic permanent insomnia and at an old age.*

**Key words:** insomnia, mental disorders, diagnosis, therapy, sanval.

**Contact:** Nina Arkadyevna Tyuvina [natuvina@yandex.ru](mailto:natuvina@yandex.ru)

Сон и бодрствование — основные состояния человека, циклически повторяющиеся каждые сутки в рамках циркадных ритмов и сопровождающиеся изменениями физиологических функций и поведения. Нарушение сна сказывается на дневном функционировании организма, поскольку определенные стадии и фазы сна обеспечивают восстановительную функцию, переработку и сохранение в памяти ин-

формации, полученной в период бодрствования, оптимизацию функций внутренних органов [1].

### **Диагностика инсомнических расстройств**

Бессонница (инсомния) означает отсутствие сна, однако нет ни одного определения этого состояния, которое получило бы всеобщее признание. В настоящее время ис-

пользуются три классификации расстройств сна: ICSD-2 (2005), раздел расстройств сна Международной классификации расстройств сна (DSM-IV) и раздел расстройств сна МКБ-10, в котором описаны инсомнические нарушения неорганической этиологии.

В ICSD-2 инсомния определяется как «расстройство сна, проявляющееся нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением» [2, 3]. ICSD-2 включает 88 синдромов, которые разделены на следующие категории:

- диссомнии, т. е. расстройства засыпания и поддержания сна и расстройства в виде повышенной сонливости;
- парасомнии, т. е. нежелательные явления, которые возникают преимущественно во время сна (снохождение, ночные кошмары, страхи во сне);
- расстройства сна, связанные с психическими, неврологическими или соматическими расстройствами;

- предположительные расстройства сна.

DSM-IV отличается от других классификаций тем, что в нее включены сомнографические диагностические критерии. В раздел расстройств сна DSM-IV [4] входят:

- первичные расстройства сна, которые подразделяются на диссомнии и парасомнии;
- нарушения сна, связанные с другим психическим расстройством;
- другие расстройства сна (вызванные соматической болезнью или употреблением психоактивных веществ).

В МКБ-10 [5] клиническими диагностическими признаками инсомнии являются:

- жалобы либо на трудность засыпания или поддержания состояния сна либо на плохое качество сна;
- нарушение сна возникает не реже 3 раз в неделю в течение минимум 1 мес;
- озабоченность бессонницей и ее последствиями (как ночью, так и в течение дня);
- выраженный дистресс либо нарушение повседневной деятельности вследствие недостаточного количества сна и/или неудовлетворительного его качества.

Бессонница является субъективной жалобой на недостаточный или не восстанавливающий силы сон. Большое значение имеет именно эта жалоба, а не фактическая продолжительность сна [6]. В МКБ-10 расстройства сна неорганической этиологии перечислены вместе с психическими и поведенческими нарушениями и делятся на диссомнии и парасомнии. Непсихогенные расстройства сна, например, нарколепсия или синдром апноэ во сне, описаны в главе 6 МКБ-10 [5].

#### Эпидемиология расстройств сна

Жалобы на нарушения сна предъявляют многие пациенты психиатров и врачей других специальностей. Е.О. Vixleg и соавт. [7] первыми провели эпидемиологические исследования в США, используя репрезентативную выборку населения. По их данным, на текущую бессонницу жаловались 32,2% респондентов. Кроме того, 7,1% опрошенных страдали чрезмерной сонливостью в период проведения исследования или в прошлом, у 11,2% были ночные кошмары, у 2% — снохождение (текущее или в прошлом).

По данным более поздних исследований, эпизодическая инсомния встречается у половины взрослого населения США, хроническая — у 10–15%. Распространенность расстройств сна в Японии составляет 21%, во Франции —

19%, в Канаде — 19% [8]. Среди пациентов, которые плохо спят несколько дней в неделю, 34% чувствуют утром неудовлетворенность сном, 32% часто просыпаются среди ночи, 23–24% испытывают трудности при повторном засыпании и ранние пробуждения [8].

Страдающие бессонницей отмечают нарушения когнитивных функций (концентрации внимания, памяти), наличие слабости в дневное время, увеличение риска несчастных случаев, трудности при общении [8]. Инсомния коррелирует с наличием хронических болезней, особенно таких, как патология коронарных артерий, артериальная гипертензия (АГ) [9], заболевания костно-мышечной системы, сахарный диабет [8], полиартрит [10]. У пациентов с инсомнией довольно часто наблюдаются сопутствующие психические заболевания. Так, установлено, что бессонница ассоциируется с психическим расстройством у 2/3 пациентов, обращающихся в центр расстройств сна, и более чем у половины из них отмечалось нарушение настроения [11]. В проведенном в 1989 г. исследовании [12] продемонстрировано, что 40% респондентов с бессонницей и 46,5% с чрезмерной сонливостью страдали психическим расстройством по сравнению с 16,4% обследованных без жалоб на нарушения сна. Было выявлено, что как при бессоннице, так и при чрезмерной сонливости (соответственно 23,9 и 27,6%) чаще всего отмечаются тревожные расстройства. Также установлена высокая частота большой депрессии, злоупотребления алкоголем и другими психоактивными веществами.

В то же время инсомния — частая жалоба у пациентов с психическими заболеваниями. Показано, что из 100 пациентов, направленных на консультацию к психиатру из больницы общего профиля, у 72 была бессонница [13]. По данным W.V. McCall и соавт. [14], 93% пациентов с депрессией жаловались на нарушения сна. Расстройства сна — диагностический критерий многих психических заболеваний (депрессивных и маниакальных; посттравматических стрессовых; генерализованных тревожных; связанных с употреблением психоактивных веществ).

#### Факторы риска инсомнии

Идентифицированы многие факторы риска нарушений сна, однако механизм их действия не всегда понятен. Среди них увеличение возраста, женский пол, соматические и психические заболевания, смена работы и безработица, отсутствие семьи, избыточная масса тела [8]. Бессонница, по мнению ряда авторов [15], может быть обусловлена генетическими факторами — расстройства сна в семейном анамнезе повышают риск бессонницы подчас больше, чем стресс.

*Возраст.* Эпидемиологические исследования свидетельствуют о том, что по мере увеличения возраста все большее значение приобретают нарушения сна, однако многие авторы связывают инсомнию не с самим возрастом, а с проблемами, которые возникают в старости, в частности с приобретением многих болезней, в том числе хронических (заболевания сердца, инсульт, перелом шейки бедра, депрессия и другие психические расстройства). Нарушения сна в пожилом и старческом возрасте могут быть обусловлены рядом психологических и социальных причин: одиночество, уход с работы и вынужденная бездеятельность, изменение жизненных условий и ухудшение качества жизни, вынужденное ограничение активности или пребывание в постели из-за болезни и т. д. [14, 16, 17].

*Пол.* Женщины страдают бессонницей чаще, чем мужчины, в каждой возрастной группе [16]. Так как в целом это положение не находит объяснения, предпринимались различные попытки обосновать гендерные особенности инсомнии в каждом возрастном периоде в отдельности. Так, в молодости это можно связать со специфической ролью матери, погруженной в заботы о детях, особенно маленьких, чем обусловлены недосыпание, ночные пробуждения и ранние подъемы. В более старшем возрасте преобладающую бессонницу у женщин объясняют перименопаузальными расстройствами с ночными приливами жара и приступами потливости, депрессией и тревогой. После окончания климактерического периода у женщин и мужчин различия в распространенности инсомнии по неизвестным причинам сглаживаются и вновь проявляются уже в старческом возрасте. Из-за различий в продолжительности жизни у женщин и мужчин увеличивается процент женщин в популяции старых людей, а разрушение супружеского статуса по разным причинам (развод, уход из жизни одного из супругов, разлука по болезни) может стать причиной нарушений сна [8, 18].

*Болевые расстройства.* Хроническая боль строго коррелирует с высокой частотой инсомнии. Это относится к большому артриту (60% из них страдают бессонницей) [10, 19], костно-мышечной патологией и другими заболеваниями, сопровождающимися хронической болью [20]. Боль является причиной нарушения засыпания, пробуждений во сне, прерывистого поверхностного сна. Вместе с тем данные исследований [20, 21] свидетельствуют о том, что нарушения сна повышают болевую перцепцию.

*Ожирение.* Ожирение — один из значимых факторов риска возникновения апноэ во сне. Нарушения дыхания во сне ассоциируются с высоким уровнем болезненности и смертности [22]. Ожирение встречается у 60–90% пациентов с апноэ [8], а сочетание ожирения с апноэ во сне является в свою очередь предиктором таких заболеваний, как АГ, ИБС, аритмия, инфаркт миокарда, инсульт. Ожирение — один из самых значимых факторов риска апноэ во сне наряду с возрастом, мужским полом, курением и употреблением алкоголя [8, 22].

*Психические заболевания.* Чаще всего нарушения сна встречаются при психической патологии, особенно при депрессии, тревоге и др. [12]. Связь между инсомнией и психическими заболеваниями подтверждена в многочисленных исследованиях [22, 23]. С одной стороны, многие пациенты, страдающие психическими расстройствами, жалуются на нарушения сна; с другой — инсомния является предиктором многих психических нарушений: депрессии, маниакального состояния, постстрессовых расстройств [24].

Многие пациенты с инсомнией используют алкоголь в качестве снотворного средства. Так, по данным зарубежных авторов [23], 2% населения в возрасте 18–45 лет регулярно использует алкоголь для засыпания в течение 1 мес и более, а 5% применяют спиртные напитки наряду с гипнотиками, что, соответственно, повышает риск формирования алкогольной зависимости. Около 30% больных с большой депрессией и 60% с биполярным расстройством и нарушениями сна соответствуют критериям зависимости [8]. При употреблении алкоголя в ночное время снижается латентность сна, алкоголь медленно метаболизируется и приводит к прерывистому сну, увеличению продолжительности REM-сна, кошмарам и возбуждению во второй половине ночи [23]. Ал-

коголь также нарушает дыхание во сне, снижая мышечный тонус верхних дыхательных путей, в результате чего возникают угнетение дыхания и фрагментарный сон [25].

#### **Клинические особенности нарушений сна при психических расстройствах**

Бессонница представляет собой полиэтиологическое расстройство и может быть как самостоятельным нарушением, так и симптомом самых разных заболеваний, соматических, неврологических и психических. Как отмечено выше, инсомния может предшествовать психическому расстройству и даже способствовать его развитию или возникать в структуре психопатологического синдрома наряду с другими симптомами либо вследствие их. На практике трудно (а иногда и невозможно) установить причинно-следственные связи между инсомнией и психическим расстройством, поэтому ограничиваются описанием клинических особенностей нарушений сна при том или ином заболевании.

Нарушения сна отмечаются при психических расстройствах и невротического, и психотического уровня. Многие клиницисты считают инсомнические расстройства характерным и даже облигатным проявлением невротических состояний.

Р.Я. Вовин и соавт. выделили облигатный симптомокомплекс при невротической инсомнии: трудности засыпания; неудовлетворенность длительностью и глубиной сна; кошмарные сновидения; отсутствие чувства отдыха после сна. Остальные симптомы бессонницы (частые ночные пробуждения, парасомния, ранние утренние пробуждения, утренняя сонливость) отнесены авторами к факультативным [26].

Клинические особенности психогенных инсомний представлены в ряде работ (В.М. Шпак, 1968; Ю.Я. Тупицын, 1971; В.С. Ротенберг, 1984; Л.В. Бабушкина, 1993). Отмечены характерные сомнологические нарушения в рамках различной патологии невротического спектра [26]. Так, ведущие инсомнические проявления при неврастении — это трудности засыпания, ночные пробуждения, миоклонии засыпания и утренняя сонливость; при невротических депрессиях — длительное засыпание, поверхностный и прерывистый сон, кошмарные сновидения, отсутствие чувства отдыха после сна; при нарушениях эмоционально-драматического кластера — длительное повторное засыпание ночью, феномен «сонного опьянения» утром, парасомнии. Для обсессивно-фобических расстройств характерна интрасомническая симптоматика с кошмарными сновидениями. Нарушения ипохондрического/соматоформного круга чаще всего сопровождаются неудовлетворенностью длительностью и качеством сна, парадоксальной сонливостью. При генерализованной тревоге инсомнические расстройства обычно проявляются в виде частых ночных пробуждений.

В отечественной и зарубежной литературе много работ посвящено нарушениям сна у больных депрессиями [27]. Инсомнические расстройства при депрессии разнообразны и зависят от характера и тяжести депрессивного состояния. При психогенных депрессиях указывается на преобладание в структуре инсомнии нарушений засыпания с компенсаторным удлинением утреннего сна, в то время как при эндогенных депрессиях чаще регистрируются частые ночные и окончательные ранние пробуждения. Кроме того, характерным признаком оказалось увеличение числа пробуждений в последнюю треть ночи [28]. Вместе с тем 10–15% пациентов с депрессией

сообщают о повышенной сонливости наряду со сниженной энергией и психомоторной заторможенностью [27].

При маниакальном состоянии сокращается общая продолжительность сна, отмечаются ранние пробуждения с чувством субъективной удовлетворенности качеством сна. Патологические изменения сна наблюдаются и при других психических расстройствах, включая шизофрению, деменцию различного генеза, психозы инволюционного и старческого возраста [29–33]. Так, для шизофрении характерны удлинённое время перехода от бодрствования ко сну, прерывистый сон, сокращение общей продолжительности сна [29].

Для идентификации расстройств сна в последние годы очень широко используется полисомнография — наиболее чувствительный индикатор состояния сна, которая позволяет в 100% случаев выявлять нарушения цикла «сон–бодрствование» [28]. С помощью этого метода получены многочисленные данные, характерные для инсомнических расстройств в рамках различных заболеваний и имеющие диагностическое и прогностическое значение [29–31, 34, 35]. Однако в психиатрической клинике больше внимания уделяется субъективным методам оценки инсомнических нарушений и их динамики, поскольку индивидуальная удовлетворенность сном больше зависит от состояния эмоционально-аффективной сферы, чем от физиологических параметров сна [33]. Неудовлетворенность сном при его нормальной физиологической структуре встречается так же часто, как и обратная ситуация, — агнозия расстройств сна [26].

В ряде работ показано, что жалобы на «плохой сон» подчас не верифицируются не только нейрофизиологическими, но и клиническими методами. Данный факт принято объяснять тем, что большинству больных с нарушениями сна, особенно при пограничных состояниях, свойственно особое, «сверхценно-ипохондрическое» отношение ко сну, и обычно они преувеличивают выраженность его нарушений. Это подтверждается тем, что длительность засыпания по субъективным ощущениям зачастую превышает объективную и большинство пациентов неадекватно оценивают продолжительность своего сна [26, 33].

### Терапия расстройств сна

Терапевтическая тактика при инсомнии включает два подхода: этиологический и симптоматический. Первый предполагает устранение причин нарушений сна, т. е. лечение заболеваний, вызвавших бессонницу, или воздействие на внешние факторы и обстоятельства, оказывающие негативное влияние на цикл «сон–бодрствование» и процесс сна. Симптоматическое лечение направлено непосредственно на регуляцию сна. На практике обычно используют оба подхода, особенно при терапии инсомнии в рамках психических заболеваний.

Для лечения нарушений сна применяют немедикаментозные (психотерапия, иглорефлексотерапия и др.) и медикаментозные (препараты, в состав которых входят успокаивающие травы, барбитураты, бензодиазепины, антидепрессанты и нейрорептики с седативным эффектом, селективные небензодиазепиновые гипнотики) методы.

Барбитураты были первым классом препаратов, созданным специально для лечения нарушений сна. Их широко применяли с начала XX в. вплоть до появления психотропных средств в 60-е годы. В настоящее время барбитураты назнача-

ют строго по показаниям, ограниченными курсами, поскольку они могут вызывать зависимость и различные осложнения.

На смену барбитуратам пришли бензодиазепины — большая группа препаратов с уникальным спектром психотропных эффектов. Взаимодействуя с ГАМК-рецепторами, бензодиазепины вызывают седативный, гипнотический, анксиолитический, миорелаксирующий и противосудорожный эффекты разной степени выраженности. Для лечения инсомнии используют многие препараты, но чаще те, которые оказывают выраженное снотворное действие (нитразепам, флуниразепам, мидазолам, темазепам, флуразепам, триазолам, феназепам).

В последние годы применение бензодиазепинов в мире значительно уменьшилось из-за возникающих при их длительном использовании нежелательных явлений (дневная сонливость, миорелаксация, психическая и моторная заторможенность, нарушение координации, атаксия). Существует риск развития психической и физической зависимости, синдрома отмены. Бензодиазепины противопоказаны пациентам, страдающим синдромом апноэ во сне, нежелательно их назначение больным старческого возраста.

При лечении инсомнии в рамках депрессии довольно часто используются антидепрессанты с седативным эффектом (амитриптилин, тразодон, миртазапин, леривон, флувоксамин, венлафаксин). Дозу препарата подбирают индивидуально с учетом характера и тяжести депрессии и сопутствующей терапии.

Для лечения нарушений сна у больных психозами применяются антипсихотики с выраженным седативным эффектом: левомепромазин, клозапин, оланзапин, кветиапин. Использование сочетаний нейрорептиков с препаратами других групп (транквилизаторы, антидепрессанты) определяется структурой психопатологического синдрома и острой состоянием.

В конце 80-х годов XX в. появилась новая группа препаратов — селективных небензодиазепиновых гипнотиков (зопиклон, золпидем и залеплон), которые в настоящее время наиболее широко используются в клинической практике.

Золпидем (санвал) является производным имидазопиридина и избирательно ингибирует подтип  $\alpha_1$ -рецепторов ГАМК-комплекса, не связываясь с другими подтипами, как центральными, так и периферическими [36]. Рецепторы  $\alpha_1$ -подтипа локализируются преимущественно в кортикальной и субкортикальной областях и отвечают за появление гипнотического действия [26]. Фармакологические свойства санвала обусловлены также его быстрым всасыванием и коротким периодом полувыведения. Золпидем (санвал) сокращает время засыпания, уменьшает число ночных пробуждений, увеличивает общую продолжительность сна и улучшает его качество. Препарат можно принимать не только перед сном, но и среди ночи (благодаря короткому периоду полувыведения), что удобно для больных с интрасомническими расстройствами, просыпающихся в 2–3 часа ночи. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста [37]. Побочные эффекты золпидема (санвал) практически отсутствуют: их частота аналогична таковой при использовании плацебо [37]. Благодаря селективности действия золпидем не вызывает миорелаксирующего и остаточного сомнолентного эффектов, не снижает дневного функционирования, не приводит к зависимости и повышению толерантности [38].

Эффективность и переносимость золпидема (санвал) изучены в многочисленных исследованиях на десятках тысяч пациентов разного возраста с различной патологией [39–42].

В контролируемом исследовании J. Ahrens показана высокая эффективность санвала, достигавшая 97,9%. Только 1,6% пациентов оказались не удовлетворены качеством сна и лишь 0,5% отмечали негативное влияние препарата на дневное самочувствие [26]. В двойном слепом исследовании [40] установлена хорошая переносимость золпидема, особенно в дозе 10 мг, по сравнению с плацебо у больных старческого возраста.

При сопоставлении с флунизепамом в дозе 2 мг золпидем в дозе 20 мг также оказался высокоэффективен, однако не отмечено его резидуального эффекта, несмотря на большую дозу [43].

В ряде исследований показано, что даже при длительном применении (в течение 1 года) не возникает потребности в увеличении дозы золпидема, что свидетельствует о низкой вероятности повышения толерантности и формирования зависимости [22, 26].

#### **Клинический опыт применения золпидема (санвал) у пациентов с различными психическими заболеваниями**

Цель исследования — анализ применения санвала для коррекции расстройств сна у больных с различными психическими заболеваниями.

Изучены истории болезни 100 пациентов, находившихся на стационарном (75) и амбулаторном (25) лечении в Психиатрической клинике им. С.С. Корсакова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в сентябре–декабре 2011 г. и принимавших санвал в качестве снотворного средства. Все больные были подвергнуты тщательному психиатрическому и соматоневрологическому обследованию с применением необходимых параклинических методов для оценки эффективности терапии и возможных побочных явлений.

Среди пациентов было 86 женщин и 14 мужчин в возрасте от 17 до 90 лет, длительность заболевания составляла от 6 мес до 30 лет.

По результатам оценки психических расстройств согласно МКБ-10 больные распределились следующим образом: шизофрения F20 установлена у 22 пациентов (параноидная F20.0 — у 10, вялотекущая F21 — у 10, шизоаффективный психоз F25.1 — у 2); аффективные расстройства F3 — у 39 (депрессивный эпизод умеренной F32.1 и тяжелой степени F32.2 — у 15, рекуррентное депрессивное расстройство F33 — у 21, биполярное расстройство F31 — у 3); органические поражения головного мозга F06 — у 8, психогенные расстройства F4 — у 26 (невротические F40, F41, F42 — у 11, нарушения адаптации F43.2 — у 13, соматоформные F45 — у 2), бессонница F51 — у 5.

Все пациенты получали терапию психотропными средствами по поводу основного заболевания. Для коррекции нарушений сна всем больным назначен санвал в дозе 5–10 мг на ночь. Около половины (43) пациентов заболели впервые, у них выявлены впервые возникший депрессивный эпизод, нарушения адаптации, соматоформные расстройства, невротические нарушения (5), вялотекущая шизофрения (3), шизоаффективный психоз (1), органическое расстройство (2), инсомния (2). Все они до назначения санвала не получали препаратов с гипнотическим эффектом. Ос-

тальные пациенты ранее принимали различные снотворные средства, в основном бензодиазепины, с различным эффектом. Среди них были 7 больных, которые длительное время (1 год и более) принимали транквилизаторы (феназепам, лоразепам, клоназепам) с выраженными явлениями «поведенческой токсичности» и лекарственной зависимости. Была проведена отмена бензодиазепинов с купированием синдрома отмены и последующим назначением санвала в виде монотерапии или в сочетании с препаратами других групп, чаще антидепрессантами с седативным эффектом.

Большинство (68) пациентов принимали санвал в качестве единственного гипнотического средства. 21 больной с депрессивным расстройством получал на ночь антидепрессанты с седативным эффектом: амитриптилин, мirtазапин, флувоксамин, миансерин. Еще 8 больных с шизофренией и маниакальным состоянием с симптомами возбуждения и агрессии принимали на ночь антипсихотики с выраженным седативным действием (клозапин, левомепромазин). Только 3 больных не смогли полностью отказаться от бензодиазепинов и принимали 1 мг феназепама на ночь вместе с санвалом, что позволило, вследствие снижения дозы феназепама, значительно уменьшить побочные нежелательные явления и улучшить сон благодаря терапии санвалом. Другие психотропные препараты назначали в утренние и дневные часы для купирования продуктивных и негативных психических расстройств в рамках основных психопатологических синдромов.

Практически все пациенты предъявляли жалобы на стойкие нарушения сна. Большинство (87) пациентов жаловались на нарушения засыпания, обусловленные тревожными и тревожно-депрессивными переживаниями, а также напряжением в теле, возбуждением, рефлексией, страхом сна. Интрасомнические нарушения (ночные пробуждения и трудности засыпания после них, трудность поддержания сна, ощущение недостаточно глубокого сна) в той или иной степени отмечались у всех пациентов. Причиной их являлись неприятные или кошмарные сновидения, сопровождавшиеся тревогой и страхом, ночные нарушения восприятия (иллюзии и галлюцинации), ночные боли и соматовегетативные проявления (у женщин с климактерическими невротическими расстройствами — приливы и приступы ночной потливости).

Постсомнические расстройства, возникающие после пробуждения, проявлялись по-разному. Ранние окончательные пробуждения были характерны для больных эндогенной депрессией (29), отсутствие чувства сна отмечали также 19 пациентов с большой депрессией и шизофренией. На затрудненное утреннее пробуждение и утреннюю астению жаловались 56 пациентов с самыми разными заболеваниями, особенно невротическими, органическими, депрессивными. Дневная сонливость обычно наблюдалась у 19 больных с психоорганическим синдромом, неврастений, астенической и адинамической депрессией и у некоторых больных вялотекущей шизофренией.

Трое пациентов с диагнозом «бессонница» считали причиной расстройств сна нарушения цикла «сон–бодрствование» вследствие суточной или ночной работы. Двое больных с инсомнией старческого возраста страдали соматической патологией (хронический артрит, сердечно-сосудистые заболевания), причем у 1 пациентки отмечалась наследственная предрасположенность к нарушениям сна.

Длительность приема санвала была различной: в условиях стационара — от 2 нед до 3 мес, амбулаторно — до 3 лет и более, причем ни одному больному не потребовалось повышения дозы. Длительно получавшие санвал — это, как правило, пациенты с длительным хроническим течением заболевания и пожилого возраста. Одни больные (с периодическими обострениями заболевания) использовали препарат в малых дозах (5–10 мг) и непостоянно, другие (со стойкой инсомнией) — практически ежедневно и в постоянной дозе (10 мг).

Если нарушения сна возникают в рамках психопатологического синдрома и патогенетически связаны с психическим заболеванием, то они исчезают после выздоровления или в период ремиссии. При прогрессивном течении болезни или в состоянии неполной ремиссии инсомнические расстройства часто сохраняются, что требует соответствующей терапии. Назначение гипнотиков при психических заболеваниях, за исключением первичной бессонницы, отражает симптоматический подход к лечению, но тем не менее необходимо для улучшения сна с первых дней терапии.

Субъективная оценка больными эффективности и переносимости санвала была высокой: 68% пациентов были полностью удовлетворены качеством сна, практически все они отмечали хорошую переносимость препарата. Остальные 32% пациентов указали на улучшение сна, особенно засыпания, однако не были полностью удовлетворены качест-

вом сна по разным причинам. Продолжительность сна у больных с тяжелой депрессией при лечении санвалом составляла 3–5 ч при более быстром засыпании и достаточно глубоко сне. Присоединение антидепрессанта с седативным эффектом, помимо патогенетической терапии, углубляло и продлеvalo сон за счет более длительного периода полувыведения. У больных с психотическим возбуждением и галлюцинациями назначение антипсихотика с седативным действием способствовало купированию симптоматики и улучшению сна. Однако больных не устраивало длительность засыпания (1–2 ч) и слишком большая продолжительность сна (12 ч и более), вызывающая сонливость в дневное время. Назначение санвала ускоряло засыпание, улучшало качество сна, что позволяло снизить дозу нейролептика, а следовательно, уменьшить продолжительность сна и постсомнические расстройства.

Таким образом, наше исследование подтвердило, что санвал в дозе 5–10 мг на ночь может эффективно использоваться для коррекции нарушений сна, возникающих при различных психических заболеваниях как невротического, так и психотического уровня. Препарат можно применять в стационарных и амбулаторных условиях, как короткими курсами (до 4 нед), так и длительно, в зависимости от характера нарушений сна, в том числе у пациентов пожилого и старческого возраста. Отмечены хорошая переносимость и высокая безопасность препарата.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Левин Я.И. Клиническая сомнология: проблемы и решения. Неврол журн 2004;9(4): 4–13.
2. American Sleep Disorders Association. ICSD-International classification of sleep disorders, revised. Diagnostic and coding manual. Rochester: American Sleep Disorders Association, 1997.
3. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders. 2nd ed: Diagnostic and coding manual. Westchester, III: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
5. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
6. Soldatos C.R. The assessment of insomnia: rationale for a new scale based on ICD-10 principles. In: W. Szelenberger, A. Kukwa (eds). Sleep. Physiology and pathology. Warszawa: Elma Books, 1995;119–31.
7. Bixler E.O., Kales A., Soldatos C.R. et al. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. Am J Psychiatry 1979;36:1257–62.
8. Zammit Gary K. The Prevalence, Morbidities and Treatments of Insomnia. CNS Neur Dis: Drug Targets 2007;6:3–16.
9. Schwartz S., McDowell Anderson W., Cole S.R. et al. Insomnia and heart disease: a review of epidemiologic studies. J Psychosom Res 1999;47:313–33.
10. Abad V.C., Sarinas P., Guilleminault C. Sleep and rheumatologic disorders. Sleep Med Rev 2008;12:211–28.
11. Tan T.L., Kales J.D., Kales A. et al. Biopsychobehavioral correlates of insomnia, IV: Diagnosis based on DSM-III. Am J Psychiatry 1984;141:357–62.
12. Ford D.E., Kamerow D.B. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention. JAMA 1989;262:1479–84.
13. Berlin R.M., Litovitz G.L., Diaz M.A. et al. Sleep disorders on a psychiatric consultation service. Am J Psychiatry 1984;141:582–4.
14. McCall W.V., Reboussin B.A., Cohen W. Subjective measurement of insomnia and quality of life in depressed inpatients. J Sleep Res 2000;9:43–8.
15. Bastien C.H., Morin C.M. Familial incidence of insomnia. J Sleep Res 2000;9:49–54.
16. Klink M.E., Quan S.F., Kaltenborn W.T. et al. Risk factors associated with complaints of insomnia in general adult population. Influence of previous complaints of insomnia. Arch Intern Med 1992;152:1634–7.
17. Lawton M.P., Brody E.M. Assessment of older people; self-mentioning and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179–86.
18. Yesavage J.A., Brink T.L., Rose T.L. et al. Development and validation of geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983;17:37–49.
19. Лисицына Т.А., Серавина О.Ф., Вельтищев Д.Ю. Нарушения сна у больных ревматоидным артритом и системной красной волчанкой: эффективность и безопасность препарата золпидем (санвал). Науч-практич ревматол 2010;5:80–4.
20. Benca R., Ancoli-Izrael S., Moldofsky H. Special considerations in insomnia diagnosis and management: depressed, elderly, and chronic pain populations. J Clin Psychiatry 2004;65:97–111.
21. Taylor D., Mallory L.J., Lichstein K.L. et al. Comorbidity of chronic insomnia with medical problems. Sleep 2007;30:213–8.
22. 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;4(5):487–504.
23. Breslau N., Roth T., Rosenthal L. et al. Sleep disturbance and psychiatric disorders: a longitudinal epidemiological study of young adults. Biol Psychiatry 1996;47:313–33.
24. Eaton W.W., Badawi M., Melton B. Prodromes and precursors: epidemiologic data for primary prevention of disorders with slow onset. Am J Psychiatry 1995;152:967–72.
25. Gillin J.C., Smith T.L., Irwin M. et al. Increased pressure for rapid eye movement sleep at time of hospital admission predicts relapse in nondepressed patients with primary alcoholism at 3-month follow-up. Arch Gen Psychiatry 1994;51:189–97.
26. Аведисова А.С., Ястребова В.В., Ястребов Д.В. Клиника, диагностика и лечение инсомнических расстройств. Доктор.

- Психиатрия 2008;4:8.
27. Reynolds C.F., Kupfer D.J. Sleep research in affective illness: state of the art circa 1987. *Sleep* 1987;10:199–215.
28. Левин Я.И. Депрессия и сон. *Леч врач* 2008;8:29–32.
34. Hudson J.I., Lipinski J.F., Keck P.E. et al. Polysomnographic characteristics of young manic patients. Comparison with unipolar depressed patients and normal control subjects. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:378–83.
29. Gierz M., Campbell S.S., Gillin J.C. Sleep disturbances in various nonaffective psychiatric disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1987;10:565–81.
30. Fuller K.H., Waters W.F., Binks P.G. et al. Generalized anxiety and sleep architecture: a polysomnographic investigation. *Sleep* 1997;20:370–6.
31. Robinson D., Walsleben J., Pollack S. et al. Nocturnal poly-somnography in obsessive-compulsive disorders. *Psychiatry Res* 1998;80:257–63.
32. Prinz P.N., Vitiello M.V. Sleep and Alzheimer's disease. In: J.L. Albarede, J.E. Morley, T. Roth et al. (eds). *Sleep disorders and insomnia in the elderly. Facts and research in gerontology*. Vol. 7. Paris: Serdi, 1993;33–54.
34. Benca R.M., Obermeyer W.H., Thisted R.A. et al. Sleep and psychiatric disorders. A meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:651–68.
35. Инсомния, современные диагностические и лечебные подходы. Под ред. Я.И. Левина. М.: Медпрактика, 2005;115 с.
36. Whiting P.J., Kerhan R.M., Waford K.A. Structure and pharmacology of vertebrate GABAA receptor subtypes. *Int Rev Neurobiol* 1995;38:95–138.
37. Левин Я.И. Инсомния: клинический опыт применения золпидема (санвал). *Неврол нейропсихиатр психосом* 2010;3:87–91.
38. Asnis G.M., Chakraborty A., Duboff E.A. et al. Zolpidem for persistent insomnia in SSPI-treated depressed patients. *J. clin psychiatry* 1999;60(10):668–76.
39. Uden M. Zolpidem: clinical experience in psychiatric settings. *Pol J Pharmacol* 1994;46:483–5.
40. Shaw S.H., Curson H. Coquelin J.P. A Double-blind, Comparative Study of Zolpidem and Placebo in the Treatment of Insomnia in Elderly Psychiatric In-patients. *J Int Med Res* 1992;20:150–61.
41. Maarek L., Cramer P., Attali P. et al. The safety and efficacy of zolpidem in insomniac patients: a long-term open study in general practice. *J Int Med Res* 1992;20:162–70.
42. Cotroneo A., Gareri P., Nicoletti N. et al. Effectiveness and safety of hypnotic drugs in the treatment of insomnia in over 70-year old people. *Arch Gerontol Geriatr* 2007;44 (Suppl. 1):121–4.
43. Frattola L., Maggioni M., Cesana B. et al. Double-blind comparison of zolpidem 20 mg versus flunitrazepam 2 mg in insomniac in-patients. *Drugs exp Clin Res* 1990;16(7):371–6.

## И Н Ф О Р М А Ц И Я

### Уважаемые коллеги!

**Российский государственный медицинский университет  
и Нижегородская государственная медицинская академия  
приглашают Вас принять участие в работе  
X Всероссийского съезда неврологов,  
который состоится 17–21 июня 2012 г.  
в Нижнем Новгороде.**

#### Основные направления работы съезда:

- острая и хроническая цереброваскулярная недостаточность;
- эпилепсия и пароксизмальные состояния;
- демиелинизирующие заболевания;
- неотложные состояния в неврологии;
- реабилитация при заболеваниях нервной системы;
- фундаментальные медицинские и биологические

- исследования в неврологии;
- наследственные и дегенеративные заболевания нервной системы;
- детская и возрастная неврология;
- когнитивные нарушения;
- инфекционные заболевания нервной системы;
- заболевания периферической нервной системы и вертебронеурология;
- заболевания вегетативной нервной системы;
- головные боли, мигрень;
- сон и его расстройства;
- новые технологии в диагностике и лечении заболеваний нервной системы

**Более подробная информация – на официальном сайте съезда  
<http://www.nevrolog2012.ru>**

### Уважаемые коллеги!

**Российская академия медицинских наук  
Научный центр неврологии РАМН  
Центр экстрапирамидных заболеваний МЗ РФ  
приглашают Вас и Ваш коллектив  
4–5 декабря 2012 г.**

**в здании Правительства г. Москвы, ул. Новый Арбат, д. 36  
принять участие в работе  
II Национального конгресса  
КАРДИОНЕВРОЛОГИЯ**

#### Основные направления научной программы:

- новые технологии в кардионеврологии;
- эпидемиология и факторы риска болезней системы кровообращения;
- профилактика сердечно-сосудистых заболеваний;
- кардиологические аспекты острой и хронической цереброваскулярной патологии;
- артериальная гипертензия и инсульт;
- рациональная фармакотерапия в кардионеврологии;

- реабилитация в кардионеврологии;
- детская кардионеврология;
- неврологические аспекты сердечно-сосудистой хирургии;
- диагностика и лечение кардиогенных пароксизмальных состояний;
- кардиологические аспекты несосудистых заболеваний нервной системы;
- вегетативная регуляция сердца.

Ожидаемое число участников: 2000.

В конгрессе принимают участие ведущие специалисты научных и клинических центров России. В рамках конгресса будет работать выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования и средств реабилитации.

**Оргкомитет конгресса:  
Тел./факс: (499) 740-80-79  
E-mail: [nko@neurology.ru](mailto:nko@neurology.ru)  
[www.neurology.ru](http://www.neurology.ru)**