

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ ДО СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ
ЛІКАРІВ ЗА ФАХОМ
“ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА - СІМЕЙНА МЕДИЦИНА”

Курс: НЕРВОВІ ХВОРОБИ ТА НЕЙРОХІРУРГІЯ

Тема: *Розлади сну*

Автор: доцент Пулик О.Р.
Гирявець М. В.

Ужгород - 2006р.

Методичні рекомендації

для самопідготовки до семінарських занять лікарів-інтернів та курсантів з фаху - ”Загальна практика - сімейна медицина” на факультеті післядипломної освіти Ужгородського національного університету.

Курс : Нервові хвороби та нейрохірургія

Тема: *Розлади сну*

Затверджено на засіданні Вченої Ради факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету 21.03.2006 р., протокол №2

Автори:

кандидат медичних наук, доцент

Пулик Олександр Романович

лікар – невролог

Гирявець Мирослава Василівна

Рецензент:

завідувач кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії, доктор медичних наук, професор

Смоланка Володимир Іванович

Тема: Розлади сну

Мета заняття: оволодіти навичками діагностики та лікування розладів сну в залежності від клінічних форм та етіологічних факторів

Базовий рівень знань:

Лікар повинен знати:

- анатомію вегетативної нервової системи;
- фізіологію ендокринної нервової системи;

Лікар повинен вміти:

- провести клінічне обстеження неврологічного хворого;
- дати оцінку стану вегетативної нервової системи;
- провести диференційну діагностику між органічними та функціональними ураженнями нервової системи;
- діагностувати астенічні стани нервової системи

Контрольні запитання до теми:

- дайте визначення поняттю “сон”;
- які органічні захворювання характеризуються порушеннями сну;
- які функціональні захворювання характеризуються порушеннями сну;
- які методи діагностики дозволяють дати об’єктивну оцінку порушенням сну;
- які фармакологічні засоби використовуються при лікуванні порушень сну

Матеріали для самопідготовки

I. Загальні положення

1.1 Визначення

Сон – фізіологічний стан головного мозку, нервової системи і організму, що характеризується різким зниженням рухливості, слабкою реакцією на зовнішні подразники і особливою активністю нейронів головного мозку.

1.2 Теорії розладів сну

Сон завжди був предметом вивчення як для фізіологів і психологів, так і для клініцистів. Незважаючи на велику кількість праць присвячених цій темі дотепер остаточно не з'ясовані функції та механізми сну, нема також єдиної теорії яка б пояснювала настання сну. Деякі із уявлень про природу сну мають лише історичне значення. До них відносяться циркуляторна та гістологічна теорії. Прихильники хімічної теорії стверджували, що сон виникає в результаті накопичення токсичних продуктів обміну речовин (молочна кислота, вуглекислий газ, холестерин). Ця гіпотеза була підтверджена експериментально.

В минулому столітті були сформульовані і перші уявлення про роль різних структур головного мозку в зміні циклу сон-неспанння. Центральною ланкою сомногенних структур є таламо-кортикальна система, що здійснює синхронізуючий вплив. Інші ланки (довгастий мозок, ретикулярна формація, лімбічна система) мають регулюючий вплив, який визначається станом гуморальних фізіологічних систем та зовнішніми факторами.

Паралельно фізіологічним дослідженням продовжувались пошуки гуморальних агентів, що беруть участь в регулюванні сну. До гуморальних агентів відносять серотонін, адреналін, норадреналін, допамін, атропін, ГАМК.

Незважаючи на значну кількість досліджень питання хімічної основи сну не є остаточно вирішеним. Є велика кількість суперечних фактів, що обумовлено передусім складністю об'єкта вивчення.

1.3 Фізіологія сну

Майже всі живі істоти від найпростіших до людей ритмічно змінюють активність своїх життєвих функцій. Ці зміни в житті пристосовані до зміни середовища в якому вони перебувають – ритм дня і ночі, зміни пори року.

Ця ритміка біологічних явищ називається біоритмом і головною її метою є пристосування організму до зовнішнього середовища. Існує 2 види біоритмів: екзоритми та ендоритми.

Ендоритми регулюються за рахунок механізму, яким є так званий біологічний годинник, центр якого розташований в ділянці гіпоталамусу та лімбічної системи. Зовнішні подразники, такі як світло, лише синхронізують виникнення ендогенних біоритмів.

Розрізняють ритми колодобові, куди і належать такі процеси як сон, неспання, температура тіла, виділення гормонів, виникнення голоду та інші.

Разом з тим виділяють біоритми коротші ніж 24 години, сюди належать - фази сну, зміни пульсу, частоти дихання.

Ритміка неспання та сну відповідає нормальному поділу доби на день та ніч. Чинником, що синхронізує цю систему, є світло. У людини періоди сну та неспання у великій мірі залежать від соціальних чинників, умов праці, пристосування. Стан неспання є умовою якомога повного контакту із зовнішнім світом, так зване поглинання вражень під впливом чинників середовища та активної реакції на них.

Сон виключає свідомість, припиняє доступ вражень. Загальмовує рухову активність та багато інших автономних процесів. І сон і період неспання не слід рахувати одноманітним станом. Вони складаються з відповідних станів, які циклічно переходять один в один.

1.4 Стадії та структура сну

Нормальна тривалість сну індивідуальна. В межах 6-8 годин у працездатного населення і 4-6 годин у людей похилого віку. Основним показником норми сну є відчуття відпочинку після нього.

На сьогоднішній день не існує єдиної загальноприйнятої точки зору на необхідний час сну для всіх людей. Одні люди сплять довго, інші мало, вони відрізняються один від одного темпераментом, відношенням до життя, психофізіологічними особливостями. Є “жайворонки” і “сови”, пристосовані або до вранішньої або до пізньої роботи, а також “голуби”,

які не відчують тиску цих ритмів і здатні легко пристосовуватися як до нічної так і до денної діяльності.

Під час засинання людина занурюється в повільний сон, послідовно проходячи чотири стадії: дрімання, поверхневий сон, сон помірної глибини і глибокий сон. Перша стадія повільного сну триває близько 9 хвилин в стані дрімання з характерними для неї напівсонними мріями, далі йде стадія поверхневого сну, тривалістю від півгодини до 45 хвилин. В останніх двох стадіях поверхневого сну (одна з яких триває кілька хвилин, інша – біля півгодини) людина бачить кошмарні сновидіння, які як правило не запам'ятовуються. Повільний сон завершується зміною пози, після чого настає різкий перехід в фазу парадоксального (швидкого) сна тривалістю 15-20 хвилин, під час якого людина бачить сновидіння, які запам'ятовує.

Структура сну як і його тривалість має властивість змінюватися з віком. Наприклад, у новонароджених домінує парадоксальний сон, а в дорослих - повільний.

II Розлади сну

Розлади сну – одна із найбільш частих скарг, з якими зустрічається лікар. Третина дорослого населення відчуває тимчасові чи постійні труднощі, пов'язані з розладами сну. Згідно з результатами одного з опитувань, проведеного в США в 1991 р. інститутом Геллапа, 36% дорослих людей мають проблеми зі сном, із яких 9% є хронічними, а 27% - гострими.

Загальний термін “розлади сну” об'єднує декілька нозологічних груп (інсомнії, гіпо-, гіпер- і парасомнії), що складають сумарно 84 форми розладів сну. На думку відомого дослідника сну А.М. Вейна, основну частку при розладах сну займає інсомнія, яку невірно називають безсонням.

Розлади сну, при яких в якості первинного фактора виступають емоційні причини, називають розладами сну неорганічної природи.

Згідно МКХ-10, наведеної нижче, ця група порушень включає:

- а) диссомнії: первинно психогенні стани при яких основними є емоційно обумовлені порушення кількості, якості чи часу сну (інсомнія, гіперсомнія і розлади циклу сон – неспання);
- б) парасомнії: аномальні стани, що виникають під час сну; в дитячому віці вони в основному пов'язані з розвитком дитини, а в дорослому – з психогенними станами (сноходіння, нічні жахи, кошмари)

IV Класифікація розладів сну(МКХ-10)

Диссомнії

А. Внутрішні порушення сну:

1. Психофізіологічна інсомнія
2. Ідіопатична інсомнія
3. Нарколепсія
4. Синдром сонних апное
5. Синдром неспокійних ніг

Б. Зовнішні порушення сну

1. Неадекватна гігієна сну
2. Порушення сну пов'язані із зловживанням алкоголем та медикаментів

В. Розлади циркадного ритму сну

1. Порушення регулярності циклу сон-неспаня
2. Порушення сну при позмінній роботі
3. Синдром пізнього засинання
4. Синдром раннього вставання

Парасомнії

А. Порушення прокидання:

1. Сноходіння
2. Нічні страхи

Б. Порушення переходу сон-неспаня:

1. Говоріння під час сну
2. Нічні судоми ніг

В. Парасомнії пов'язані з фазою швидкого сну:

1. Кошмарні сновидіння
2. Сонний параліч

Г. Інші парасомнії:

1. Сонний бруксизм(скреготіння зубами)
2. Сонний енурез

Розлади сну при психічних, неврологічних чи соматичних захворюваннях

1. Дегенеративні захворювання головного мозку
2. Паркінсонізм
3. Епілепсія, пов'язана із сном
4. Біль голови, пов'язаний із сном
5. Нічна стенокардія
6. Бронхіальна астма, пов'язана із сном
7. Гастоезофагеальний рефлекс, пов'язаний із сном

IV. Диссомнії

Диссомнія – психогенний розлад сну, основними критеріями якого є порушення тривалості чи якості сну, що призводить до сонливості в денний час, порушення концентрації уваги, пам'яті та тривожної напруженості. При психогенно обумовлених неврологічних розладах частота різних форм порушень сну досягає 80%.

Диссомнії завжди вторинні, тобто є симптомами психічних чи соматичних захворювань; виключенням є генетично обумовлені диссомнії.

Нагадаємо, що до диссомній належать інсомнії, гіперсомнії та розлади циклу сон-неспанья.

Інсомнії

Виділяють епізодичну, короткочасну чи хронічну інсомнію.

1. Епізодична інсомнія (тривалість до одного тижня). Як правило є наслідком емоційного стресу. Іноді причиною є зовнішні чинники, при підвищеній чутливості до них, наприклад при шумі, світлі, зміні температури. Інсомнія може бути пов'язана з відсутністю нормального режиму дня, прийомом деяких медикаментів в вечірній та нічний час.

2. Короткочасна інсомнія (тривалість від 1 до 3-ох тижнів) Найбільш часто виникає при порушенні адаптації. Є наслідком більш важких тривалих стресових ситуацій: втрата близької людини (реакція горя), безробіття, зміна місця проживання. В соматичній практиці короткочасна інсомнія пов'язана з хронічними соматичними захворюваннями: стенокардією, артеріальною гіпертензією, захворюваннями периферичних артерій, виразкою, хворобою Паркінсона, гіпертрофією простати, артрозом, шкірними захворюваннями, що супроводжується свербінням. Іншими поширеними причинами є апное, синдром “неспокійних ніг”.

3. Хронічна інсомнія (тривалість більше 3-ох тижнів). Найбільш частою причиною є депресія, тривожні розлади, а також зловживання психоактивними речовинами – амфетаміном, кофеїном, ноотропами, антидепресантами із стимулюючим компонентом. Серед неспсихотропних препаратів, здатних викликати хронічну диссомнію виділяють: гормональні засоби, антибіотики, антиаритмічні препарати.

Структура інсомній

1. Пресомнічні розлади

Складають найбільшу частку в структурі інсомній (до 80%).

При пресомнічних розладах відмічається запізніле настання сну від 2-ох і більше годин. Хворі довгий час не можуть заснути, не можуть знайти зручного положення в ліжку, при довготривалому протіканні можуть формуватися патологічні “ритуали відходження до сну”, а також “боязнь ліжка” і “страх ненастання сну”. Бажання спати зникає як тільки хворі лягають в ліжку, виникають гнітючі думки і спогади, посилюється рухова активність і намагання знайти зручну позу. Дрімота, що виникає переривається найменшим звуком, фізіологічними міоклоніями. Середня тривалість сну не перевищує 4 – ох годин. Нерідко засинання хворим ігнорується, і весь цей час їм здається, що вони не сплять.

2. Інтрасомнічні розлади.

Зустрічаються в 30% випадків.

При інтрасомнічних розладах сон переривається несподіваними пробудженнями, що супроводжується фобіями, вегетативними порушеннями. Після таких пробуджень хворі довго не можуть заснути. Інколи інтрасомнічні розлади виражаються в поверхневому стані напівсна, що не приносить вранці відчуття бадьорості, свіжості.

Загальна тривалість сна знижується до 2 – 3 годин.

3. Постсомнічні розлади (розлади, що виникають в найближчий період після пробудження) – це проблема раннього ранкового пробудження, зниженої працездатності, “розбитості”.

На жаль, не завжди існує можливість об’єктивного обстеження хворих. Співвідношення між суб’єктивними оцінками сну і його об’єктивними характеристиками неоднозначні, хоча в більшості випадків вони співпадають. Між іншим часто хворі виказують скарги на повну відсутність сну протягом багатьох ночей, але при полісомнографічному дослідженні сон не лише присутній, але і триває більше 5 годин (інколи до 8 годин), а структура сну не занадто деформована. Частіше такий феномен спостерігається у хворих, що страждають психічними захворюваннями.

Слід підкреслити, що в подібних випадках призначення снодійних препаратів нерациональне.

Діагностичні критерії інсомній

1. Скарги на важкість засинання, нічні прокидання, чи погану якість сну
2. Розлади сну відмічаються не менше 3 – ох разів в тиждень за 1 місяць
3. Розлади сну призводять до вираженого дистреса чи перешкоджають виконанню повсякденних функцій
4. Відсутній етіологічний органічний фактор

Гіперсомнія.

Гіперсомнія – надмірна тривалість нічного сну чи сонливість протягом дня. Як правило зустрічається при органічних захворюваннях (летаргічний енцефаліт, пухлини, травми головного мозку), можливою причиною є також прийом психотропних, гіпотензивних, цукровознижуючих препаратів, істерія, легка депресія.

Різновидом гіперсомнії є нарколепсія.

Нарколепсія – хронічне захворювання, що характеризується нарколептичною пентадою:

1. Надмірна денна сонливість в поєднанні з епізодами “насильницьких” засинань
2. Порушення нічного сну, з частими прокиданнями
3. Гіпнагогічні галюцинації (загрожуючи видіння)
4. Напади катаплексії (раптова втрата м'язового тону, як правило, на фоні емоційного стресу)
5. Катаплектичне пробудження (прокинувшись людина адекватно оцінює довкілля, але не володіє своїм тілом)

Синдром сонних апное

Хвороба зупинки дихання під час сну.

Іноді може спостерігатися до 300-400 зупинок дихання за ніч, що призводить до постійної нестачі кисню і суттєво збільшує ризик розвитку серцево-судинних захворювань.

Прохідність верхніх дихальних шляхів залежить від їх внутрішнього діаметра, тону м'язів глотки і величини від'ємного тиску під час вдиху.

Причини розвитку синдрому сонних апное:

1. Ожиріння (жирові відкладення в м'язових тканинах глотки)
2. Збільшення мигдаликів
3. Спадкове звуження дихальних шляхів
4. Вади розвитку кісток лицьового скелету
5. Гіпотиреоз

Кажна зупинка дихання - це стрес для організму, що супроводжується короткочасним підвищенням артеріального тиску до 200-250 мм рт. ст. Постійні нічні епізоди підвищення тиску призводять до хронічної артеріальної гіпертонії, чка приймає кризовий перебіг. Цим можна пояснити збільшення вірогідності розвитку інсульту у даної категорії хворих.

Гіпоксія і відсутність глибоких стадій сну визивають зниження продукції гормону росту, що відповідає за обмін жиру в організмі людини.

Основні клінічні прояви синдрому сонних апное

Часті(>60% пацієнтів)

1. Голосне хропіння
2. Зупинки дихання під час сну
3. Неспокійний сон
4. Денна сонливість
5. Почащене нічне сечовипускання

Менш часті(10-60 % пацієнтів)

1. Нічні напади ядухи
2. Надмірна нічна пітливість
3. Біль голови вранці
4. Артеріальна гіпертонія

Для точної діагностики хвороби використовують полісомнографію

Розлади циклу сон – неспання – стан, що характеризується невідповідністю між існуючим і необхідним ритмом сну і неспання. Виділяють транзиторні порушення сну, зв'язані зі зміною часових поясів і позмінної роботи. Клініка зникає по мірі пристосування організму до нового ритму.

Стан в якому людина провела ніч, визначає її здатність реалізувати свою життєву програму. Тому сон забезпечує не лише саму тривалість життя, а і що дуже важливо, його якість.

V. Об'єктивні методи обстеження розладів сну (поліграфічні)

1. Електроенцефалографічний (ЕЕГ) – метод реєстрації електричної активності головного мозку.
2. Електроокулографічний (ЕОГ) – запис рухів очних яблук.
3. Електроміографічний (ЕМГ) – метод реєстрації м'язевого тону та м'язевих потенціалів.

Перехід з періоду неспання до сну відмічається загальною синхронізацією біоелектричної активності на ЕЕГ, сповільненням рухів очних яблук на ЕОГ, зниженням м'язевого тону на ЕМГ. Ці зміни дали назву цій фазі сну – повільнохвильової, від переваги на ЕЕГ повільних хвиль θ з частотою 4-7 Гц, та Δ частотою 1-3 Гц. В англійській літературі ця фаза сну має назву NREM (non-rapid eye movement). В фазі сну NREM виділяють 4 чергові стадії (NREM I-NREM IV) в котрих виникає сон REM (rapid eye movement), який характеризується як парадоксальна фаза сну, через те, що електрофізіологічні зміни на ЕЕГ та ЕОГ дуже подібні до періоду неспання, а саме: реєструється десинхронізація біоелектричної активності, швидких рухів очних яблук, сновидінь.

Отже згідно з даними полісомнографії сон складається з двох фаз: повільнохвильової, яка займає 75%, та парадоксальної, яка займає відповідно 25%. Разом фази NREM та REM складають цикл, тривалість якого складає біля 70-100 хвилин. Протягом ночі реєструється до 4-6 таких циклів, причому з віком скорочуються фази NREM і подовжуються фази REM, так у дітей і у людей похилого віку переважає 2 фаза, а у дорослих перша фаза.

При неможливості проведення об'єктивних методів обстеження розладів сну лікарю може стати в нагоді анкета об'єктивної оцінки сну, яка розміщена в додатку методичних рекомендацій.

VI. Лікування

Лікування інсомній розпочинають з покращення гігієни і режиму сну, усунення стресових, збуджуючих (кава, алкоголь) та інших факторів, що заважають сну (шум, яскраве світло), психотерапії (авторелаксація, гіпносуггесція і т.п.). Ці методи нерідко ефективніші снодійних засобів. Заслужують на увагу також фіто- і дієтотерапія, гомеопатія, голкорексфлексотерапія та інші методи немедикаментозної терапії.

Детальний збір анамнеза дозволяє виявити такі причини ситуативного безсоння, про які не знає навіть сам хворий. Іноді лише тільки це допомагає пацієнту змінити щось в своєму житті, і сон налагоджується. Іноді лікарю досить сказати хворому, що можливо без шкоди для здоров'я трошки не поспати: краще почитати книгу, послухати спокійну музику, подивитися фільм по телевізору, ніж мучити себе безплідними думками про те, що “необхідно заснути”. Хворий заспокоюється, і, якщо тільки він не спить вдень, з часом накопичується втома і відновлюється нормальний нічний сон. Іноді корисними є прості поради щодо підготовки до сну.

Поради щодо підготовки до сну.

1. Не лягайте і не намагайтеся заснути, якщо не хочете спати.
2. Старайтеся не спати вдень навіть якщо хочеться.
3. Не лягайте занадто рано.
4. Дотримуйтесь режиму харчування. (не переїдайте перед сном, але і не лягайте спати на пустий шлунок. Після 16:00 не вживайте напоїв з кофеїном (шоколад, кава, чай, тонізуючі напої).
5. Хоча б 2-3 рази на тиждень займайтеся фізичними вправами, в той же час уникайте інтенсивних навантажень за 4-5 годин до сну. Корисно ввечері прогулятися пішки, прийняти теплу ванну, масаж, дихальну гімнастику (при цьому дихання має бути повільним, глибоким, черевним) – це діє заспокійливо.

Медикаментозна терапія

При зверненні до медикаментозної терапії необхідно враховувати, що визначальною фармакодинамічною характеристикою снодійного засобу є селективність його субстанції до рецепторів. Характерним маркером ступені селективності є доза: чим вона нижча, тим специфічніша дія. Дози рецепторно діючих препаратів – бензодіазепінів, імідазопіридинів, циклопірролонів – в 10-100 разів нижче, ніж у менш специфічних і більш токсичних (барбітуратів, бромуредів та ін.)

Основні принципи призначення препаратів

1. Починати лікування необхідно з рослинних снодійних препаратів чи мелатоніна. Вони створюють найменші проблеми для пацієнтів і легко можуть бути відмінені.
2. Найкраще використовувати короткоживучі препарати, вони не викликають постсомнічних проблем, не викликають в'ялості і сонливості протягом дня, не здійснюють негативного впливу на моторні можливості людини, що робить їх безпечними для людей, що зайняті операторською діяльністю, і для водіїв.
3. Тривалість призначення снодійних препаратів не має перевищувати 3 тижнів (оптимально – 10-14 днів). Це час який відводиться лікарю для уточнення причини інсомнії. За цей час, як правило, не формується звикання і залежність, а також не виникає проблеми відміни препарату.
4. Пацієнтам старших вікових груп слід призначати половинну (по відношенню до хворих середнього віку) добову дозу снодійних препаратів, а також враховувати їх взаємодію з іншими ліками.
5. У випадку хоча б мінімальних підозр на наявність синдрому “апноє під час сну” в якості причини інсомнії і неможливості полісомнографічної верифікації краще використовувати в якості снодійних циклопірролінові похідні, негативний вплив яких на функцію дихання не виявлений.
6. Якщо при суб'єктивній невдоволеності тривалістю сну об'єктивно зареєстровані 6 і більше годин сну, призначення снодійних засобів є неефективним, необхідно здійснювати психотерапію.
7. Хворим, що тривало отримують снодійні препарати, необхідно проводити “канікули ліків”, що дозволяє зменшити дозу цього препарату чи замінити його. Цей пункт має особливе значення для пацієнтів, що довготривало приймають бензодіазепінові препарати.

Критерії “ідеального” снодійного:

1. Ефективність при реалізації процесу засинання.
2. Хороші можливості препарату в процесі “утримання” сну.
3. Збереження довготривалої ефективності без розвитку толерантності.
4. Широкий терапевтичний діапазон (без інтоксикації при передозуванні).
5. Безумовне покращення якості сна.
6. Збереження фізіологічної структури сна.
7. Відсутності ефекту “сп'яніння”.
8. Відсутність небажаної лікарської взаємодії.
9. Відсутність ефекту відміни та лікарської залежності.

Снодійні препарати

Міжнародна назва(торгова назва)	Доза, мг	Хімічна група	Період напіввиведення, год
Zolpidem(івадал, гіпноген)	10	Імідазопіридин	2,4
Zopiclon(імован, соннат, зопіклон)	7,5	Циклопірролон	3,5 – 6
Midazolam	15	Бензодіазепін	1- 2
Lorazepam	2,5	Бензодіазепін	8- 15
Nitrazepam(радедорм, нітразепам)	10	Бензодіазепін	26
Melatonin(віта – мелатонін)	3	Гормон епіфіза	
Doxylamin(донорміл)	15	Етаноламін	10
Flurazepam	30	Бензодіазепам	50-100

Препарати, які не є снодійними, але приймаються в якості таких

Міжнародна назва	Доза, мг	Хімічна група	Період напіввиведення, год
Diazepam	5	Бензодіазепін	10 – 20
Oxazepam	10	Бензодіазепін	Більше 20
Phenazepam	1	Бензодіазепін	28
Prometazin	25	Фенотіазин	7 - 12

Барбітурати. Заборонені в розвинених країнах, виключені із списку основних ліків ВОЗ. Характеризуються високою вірогідністю психічної і фізичної залежності по алкогольному типу і наявністю небезпечних побічних ефектів.

Бензодіазепіни. Взаємодіють з ГАМК-рецепторами НС. В якості снодійних призначають бензодіазепіни з найбільш вираженим снодійним компонентом: мідазолам, оксазепам, темазепам, флуразепам. Бензодіазепіни

– препарати вибіркової рецепторної дії з широким терапевтичним інтервалом і низькою токсичністю. Вони пришвидшують засинання, вкорочують першу стадію і подовжують другу стадію сну.

Віта-мелатонін

Діюча речовина – мелатонін. Синтетичний аналог нейропептида структури головного мозку(шишковидного тіла)мелатоніна. Дія препарата визначається здатністю регулювати циркадні ритми, біологічну зміну циклу сон-неспанья, за допомогою складних нейрогуморальних механізмів ЦНС.

Імідазопірідини. До цієї групи відноситься золпідем, який є селективним блокатором рецепторів ГАМК-комплекса. Не викликає звикання, антероградної амнезії і денної післядії. Даних про ефективність і безпечність цього засобу поки недостатньо.

Циклопірролоні. Єдиний представник – зопіклон (імован), взаємодіє з ГАМК-комплексом, зв'язується тільки з рецепторами НС. Відносний ризик виникнення сонливості нижчий у порівнянні з бензодіазепінами.

Слід відмітити, що снодійні препарати рецепторної дії, розроблені за останні 40 років, є близькими по терапевтичній активності і відрізняються лише по вартості, частоті і спектру побічних ефектів.

В даний час найбільш повно вимогам “ідеального снодійного” відповідають представники двох нових класів – імідазопіридинів і циклопірролонів.

Стандарних правил по дозах і тривалості вживання снодійних нема. І це і друге підбирається індивідуально: прагнути треба того, щоб доза була як-можна менша, а курс – як можна коротший. Корисно також кожні 3 – 6 міс перевіряти, чи потребує (і в якій мірі) хворий в снодійних препаратах.

Протипоказання і особливі вказівки для всіх снодійних препаратів в основному співпадають.

1. Не слід призначати їх при вагітності і лактації, дітям до 15 років, при підвищеній чутливості до препарату.
2. Пацієнти старшого віку, хворі з печінковою чи нирковою недостатністю починають прийом снодійних з половинних доз.
3. Відміну лікування проводять з поступовим зниженням доз і/ або збільшенням інтервалів між дозами.
4. Під час лікування не слід вживати алкоголь та інші інгібітори ЦНС, а також уникати потенційно небезпечних видів діяльності.

Для віта-мелатоніну – автоімунні захворювання, епілепсія, цукровий діабет, захворювання крові і кровотворних органів. Одночасне лікування інгібіторами моноамінооксидази, кортикостероїдами, циклоспоринами.

Лікування гіперсомній

Медикаментозне лікування гіперсомній заключається в назначенні стимулюючих препаратів і трициклічних антидепресантів(кломіпрамін).

Окрім медикаментозної терапії важливе значення має гігієна сна. Дуже важливо, щоб пацієнт лягав спати в один і той самий час, і спав не менше 8 годин. Крім того хворі не повинні працювати позмінно, не вживати важку їжу, алкоголь.

Лікування синдрому апное під час сну

При легких формах лікування направлене на усунення різних факторів, що провокують розлади дихання

1. Спати лише на боці
2. Забезпечити припідняте положення голови
3. Не приймати заспокійливі чи снодійні препарати(при важких формах захворювання)

Заспокійливі чи снодійні препарати, як правило, знижують м'язевий тонус і сприяють розслабленню глоткової мускулатури, що в свою чергу може сприяти спадінню дихальних шляхів.

4. Не приймати алкоголь на ніч
5. Похудати
6. Кинути палити
7. Використовувати внутрішньоротові апарати

Існують також хірургічні методи лікування:

1. Увулопалатофарінгопластика
2. Лазерна пластика м'якого піднебіння

I. Завдання для самоконтролю

Задача 1.

Проблеми зі сном зустрічаються:

1. У 1/2 дорослого населення
2. У 1/3 дорослого населення
3. 1/4 дорослого населення

Задача 2.

Чи є показником норми сну його тривалість:

1. Так
2. Ні
3. Можливо

Задача 3.

Згідно з даними полісомнографії сон складається з :

1. 3 - ох фаз
2. 4 – ох фаз
3. 2 – ох фаз

Задача 4.

Повільнохвильова фаза займає:

1. 65%
2. 25%
3. 75%

Задача 5.

Під час якої фази сну людина бачить сновидіння, що запам'ятовуються:

1. Першої
2. Другої
3. Третьої

Задача 6.

Фаза якого сну домінує у дорослих:

1. Перша
2. Друга
3. Третьої

Задача 7.

Згідно з МКХ – 10 порушення сну поділяють на:

1. Інсомнії, гіперсомнії
2. Диссомнії, парасомнії
3. Інсомнії, диссомнії

Задача 8.

В більшості випадків диссомнії є :

1. Первинними
2. Вторинними
3. Змішаними

Задача 9.

Епізодичні диссомнії тривають:

1. До 2 – ох тижнів
2. До 1 тижня
3. До 3 – ох тижнів

Задача 10.

Чи виступають соматичні захворювання етіологічним фактором при порушенні сну:

1. Так
2. Ні
3. Невідомо

Задача 11.

В структурі диссомній найбільшу частку займають:

1. Пресомнічні порушення
2. Інтрасомнічні порушення
3. Постсомнічні порушення

Задача 12.

Яка частота порушень сну необхідна для встановлення діагнозу диссомнії:

1. Не менше 1 разу в три тижні
2. Не менше 3 разів в тиждень
3. не менше 5 разів за 1 місяць

Задача 13.

При яких захворюваннях частіше зустрічається гіперсомнія:

1. Органічних
2. Функціональних
3. Змішаних

Задача 14.

Чи може прийом психотропних препаратів бути причиною гіперсомній:

1. Так
2. Ні
3. Сумнівно

Задача 15.

Різновидом яких порушень сну є нарколепсія:

1. Інсомній
2. Гіперсомній
3. Гіпосомній

Задача 16.

Нарколепсія характеризується:

1. Нарколептичною тріадою
2. Нарколептичною пентадою
3. Нарколептичною сектадою

Задача 17.

Лікування інсомній слід розпочинати з :

1. З призначення рослинних снодійних препаратів
2. З призначення короткоживучих снодійних препаратів
3. З покращення гігієни і режиму сну

Задача 18.

Яка оптимальна тривалість призначення снодійних препаратів:

1. 10 -14 днів
2. До 2 – ох місяців
3. До 6 місяців

Задача 19.

Назвіть снодійні препарати, що відносяться до групи імідазопіридинів:

1. Мідазолам
2. Золпідем
3. Зопіклон

Задача 20.

Маркером ступені селективності препаратів є :

1. Тривалість дії
2. Доза
3. Хімічна група

Коди вірних відповідей до тестових завдань

1. 2	11. 1
2. 2	12. 2
3. 3	13. 1
4. 3	14. 1
5. 2	15. 2
6. 1	16. 2
7. 2	17. 3
8. 2	18. 1
9. 2	19. 2
10. 1	20. 2

Рекомендована література

- 1 А. М. Вейн “Сон человека. Физиология и патология”, Москва, Медицина, 1989
2. А . М. Вейн “Нарушения сна и бодрствования” Москва, Медицина, 1992
- 3.М.В. Маркова “Основные принципы терапии нарушений сна в общей медицинской практике”, Архів психіатрії том №9, №2, 2003
- 4.Левин Я. И. “Фармакотерапия инсомний”, МИА, С-Петербург
- 5.Фомовский Б. И. “Расстройства сна”, Український медичний часопис№6, 1998
- 6.Левин Я. И., Ковров Г. В. “Нарушения сна и их фармакологическая корреляция у неврологических больных”, “Неврология и психиатрия”, №8, 2002

Додаток 1

Анкета об'єктивної оцінки сну

ПОКАЗНИК	ДО ЛІКУВАННЯ (БАЛИ)	ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ (БАЛИ)
1. Час засинання: - миттєво - недовго - середній - довго - занадто довго	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
2. Тривалість сна: - занадто довгий - довгий - середній - короткий - дуже короткий	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
3. Кількість нічних пробуджень: - нема - рідко - не часто - часто - дуже часто	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
4. Якість сна: - відмінно - добре - середнє - погано - дуже погано	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
5. Кількість сновидінь: - нема - час від часу - помірні - множинні - тривожні	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
6. Якість ранкового пробудження: - відмінно - добре - середнє - погано - дуже погано	5 4 3 2 1	5 4 3 2 1
Сумарна оцінка		

Сумарна оцінка 22 і більше балів - сон нормальний

19-21 бал - граничні значення менше 19 балів - сон порушений

Зміст

1. Мета заняття та базовий рівень знань.....	3 с.
2. Загальні полдоження.....	4 с.
3. Розлади сну.....	6 с.
4. Класифікація розладів сну.....	7 с.
5. Диссомнії.....	8 с.
6. Об'єктивні методи обстеження.....	12 с.
7. Лікування.....	13 с.
8. Завдання для самоконтролю.....	18 с.
9. Коди вірних відповідей.....	21 с.
10. Рекомендована література.....	21 с.
11. Додаток.....	22 с.
12. Зміст.....	23 с.

У записник сімейного лікаря

Сон – фізіологічний стан головного мозку, нервової системи і організму, що характеризується різким зниженням рухливості, слабкою реакцією на зовнішні подразники і особливою активністю нейронів головного мозку.

Загальний термін “розлади сну” об’єднує декілька нозологічних груп (інсомнії, гіпо-, гіпер- і парасомнії), що складають сумарно 84 форми розладів сну. На думку відомого дослідника сну А.М. Вейна, основну частку при розладах сну займає інсомнія, яку невірно називають безсонням.

Розлади сну, при яких в якості первинного фактора виступають емоційні причини, називають розладами сну неорганічної природи.

Згідно МКХ-10, наведеної нижче, ця група порушень включає:

а) диссомнії: первинно психогенні стани при яких основними є емоційно обумовлені порушення кількості, якості чи часу сну (інсомнія, гіперсомнія і розлади циклу сон – неспання);

б) парасомнії: аномальні стани, що виникають під час сну; в дитячому віці вони в основному пов’язані з розвитком дитини, а в дорослому – з психогенними станами (сноходіння, нічні жахи, кошмари)

Диссомнія – психогенний розлад сну, основними критеріями якого є порушення тривалості чи якості сну, що призводить до сонливості в денний час, порушення концентрації уваги, пам’яті та тривожної напруженості. При психогенно обумовлених неврологічних розладах частота різних форм порушень сну досягає 80%.

Диссомнії завжди вторинні, тобто є симптомами психічних чи соматичних захворювань; виключенням є генетично обумовлені диссомнії.

До диссомній належать інсомнії, гіперсомнії та розлади циклу сон-неспання.

Інсомнії

Виділяють епізодичну, короткочасну чи хронічну інсомнію.

1. Епізодична інсомнія (тривалість до одного тижня).
2. Короткочасна інсомнія (тривалість від 1 до 3-ох тижнів)
3. Хронічна інсомнія (тривалість більше 3-ох тижнів).

Діагностичні критерії інсомній

1. Скарги на важкість засинання, нічні прокидання, чи погану якість сну
2. Розлади сну відмічаються не менше 3 – ох разів в тиждень за 1 місяць
3. Розлади сну призводять до вираженого дистреса чи перешкоджають виконанню повсякденних функцій
4. Відсутній етіологічний органічний фактор

Гіперсомнія.

Гіперсомнія – надмірна тривалість нічного сну чи сонливість протягом дня. Як правило зустрічається при органічних захворюваннях (летаргічний енцефаліт, пухлини, травми головного мозку), можливою причиною є також прийом психотропних, гіпотензивних, цукровознижуючих препаратів, істерія, легка депресія.

Нарколепсія – хронічне захворювання, що характеризується нарколептичною пентадою:

1. Надмірна денна сонливість в поєднанні з епізодами “насильницьких” засинань
2. Порушення нічного сну, з частими прокиданнями
3. Гіпнагогічні галюцинації (загрожуючи видіння)
4. Напади катаплексії (раптова втрата м'язевого тону, як правило, на фоні емоційного стресу)
5. Катаплектичне пробудження (прокинувшись людина адекватно оцінює довкілля, але не володіє своїм тілом)

Синдром сонних апное

Хвороба зупинки дихання під час сну.

Причини розвитку синдрому сонних апное:

1. Ожиріння (жирові відкладення в м'яких тканинах глотки)
2. Збільшення мигдаликів
3. Спадкове звуження дихальних шляхів
4. Вади розвитку кісток лицьового скелету
5. Гіпотиреоз

Розлади циклу сон – неспання – стан, що характеризується невідповідністю між існуючим і необхідним ритмом сну і неспання. Виділяють транзиторні порушення сну, зв'язані зі зміною часових поясів і позмінної роботи. Клініка зникає по мірі пристосування організму до нового ритму.

Об'єктивні методи обстеження розладів сну (поліграфічні)

1. Електроенцефалографічний (ЕЕГ) – метод реєстрації електричної активності головного мозку.
2. Електроокулографічний (ЕОГ) – запис рухів очних яблук.
3. Електроміографічний (ЕМГ) – метод реєстрації м'язевого тону та м'язевих потенціалів.

VI. Лікування

6. Лікування інсомній розпочинають з покращення гігієни і режиму сну, усунення стресових, збуджуючих (кава, алкоголь) та інших факторів, що заважають сну (шум, яскраве світло), психотерапії (авторелаксація, гіпносуггесція і т.п.).

Медикаментозна терапія

Критерії “ідеального” снодійного:

1. Ефективність при реалізації процесу засинання.
2. Хороші можливості препарату в процесі “утримання” сну.
3. Збереження довготривалої ефективності без розвитку толерантності.
4. Широкий терапевтичний діапазон (без інтоксикації при передозуванні).
5. Безумовне покращення якості сна.
6. Збереження фізіологічної структури сна.
7. Відсутності ефекту “сп’яніння”.
8. Відсутність небажаної лікарської взаємодії.
9. Відсутність ефекту відміни та лікарської залежності.

В даний час найбільш повно вимогам “ідеального снодійного” відповідають представники двох нових класів – імідазопіридинів і циклопірролонів.