

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра нервных болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Тема: «Инсомния»

Выполнила:
ординатор 2 года обучения
Медведева Ю.П.

КРАСНОЯРСК 2022г

Оглавление

Введение	3
Этиология и патогенез	4
Классификация	5
Клиническая картина	8
Диагностика.....	11
Лечение	12
Литература:.....	14

Введение

Инсомния – патологическое состояние, при котором нарушается процесс наступления и поддержания сна. В зависимости от той или иной клинической формы инсомнии наблюдаются затруднения засыпания (пресомническая форма), нарушения в периоде сна (интрасомническая) и после пробуждения (постсомническая форма); также отмечается снижение эффективности сна, ночные пробуждения. Диагноз устанавливается на основании физикального обследования, сбора анамнеза, полисомнографии.

Инсомния представляет собой нарушение цикла «сон-бодрствование». Патология определяется дефицитом качества и количества сна, которые являются необходимыми для нормальной жизнедеятельности человека.

Заболевание встречается у 30-45% населения планеты. Для некоторых из них (10-15%) инсомния представляет серьезную проблему, требующую приема лекарственных препаратов. Следует отметить, что с возрастом проблемы с засыпанием и поддержанием физиологически полноценного сна возникают все чаще, поэтому пожилые люди сталкиваются с инсомнией чаще, чем молодые.

Бессонница - более популярное название патологии, употребляемое пациентами и даже врачами, является не корректным, так как заболевание не сопровождается полной потерей сна.

Этиология и патогенез

В основе инсомнии может лежать физиологическая предрасположенность, психогенные расстройства, заболевания нервной системы и внутренних органов.

Часто инсомния возникает у лиц, страдающих неврозами и неврозоподобными состояниями: психозами, депрессией, паническими расстройствами и пр.

На трудности засыпания и качество сна обычно жалуются пациенты с соматическими заболеваниями, вызывающими ночную боль, одышку, боль в сердце, нарушения дыхания (артериальной гипертензией, атеросклерозом, плевритом, пневмонией, хроническими болями и пр.).

Расстройства сна могут сопутствовать органическим поражениям центральной нервной системы (инсульту, шизофрении, опухолям мозга, паркинсонизму, эпилепсии, гиперкинетическим синдромам); патологии периферической нервной системы.

Свое влияние на развитие нарушений сна также оказывают предрасполагающие факторы, а именно: жизнь в мегаполисе; частая смена часовых поясов; длительный прием психотропных препаратов; прием алкоголя; постоянный прием кофеинсодержащих напитков; сменная работа и другие профессиональные вредности (шум, вибрация, токсические соединения); нарушение гигиены сна.

Патогенез инсомнии считается не до конца изученным, однако научные исследования и опыты в области неврологии показали, что у больных отмечается такая же повышенная активность мозга во сне, как и при бодрствовании (об этом говорит высокий уровень бета-волн); повышенный уровень гормонов в ночное время суток (кортизола, адренкортикотропного гормона) и высокий уровень метаболизма.

Классификация

По длительности протекания инсомния делится на:

1. Транзиторную, с продолжительностью не более нескольких ночей
2. Кратковременную (от нескольких суток до недель)
3. Хроническую (от трех недель и более)

Также выделяют инсомнию физиологическую (ситуационную) и постоянную (имеющую постоянный характер).

По происхождению различают первичную инсомнию, возникающую в результате личностных или идиопатических (невъясненных) причин, и вторичную, возникающую на фоне или в результате психологических, соматических и других патологий.

По степени выраженности клинических симптомов инсомния бывает:

1. Легкой степени (слабо выраженная) - редкие эпизоды нарушения сна
2. Средней степени тяжести - клинические проявления умеренно выражены
3. Тяжелой степени - нарушения сна наблюдаются каждую ночь и оказывают значительное действие в повседневной жизни.

Клинические подтипы хронической инсомнии:

В современной классификации расстройств сна выделяют несколько клинических подтипов инсомнии согласно особенностям клинической картины этих состояний. «Чистые» формы этих подтипов встречаются редко, чаще всего у одного и того же больного можно обнаружить признаки нескольких из них (например, нарушение гигиены сна, недооценка времени собственного сна и элементы психофизиологической инсомнии).

Психофизиологическая инсомния характеризуется повышением уровня соматизированного напряжения и беспокойством пациента в отношении имеющихся у него расстройств сна, которое проявляется в вечернее/ночное время и препятствует засыпанию. Для таких больных «зацикленность» на вопросе своего сна. Они считают, что недостаточное количество сна может

стать причиной большинства проблем на следующий день, приводить к развитию усталости и снижению работоспособности. У них формируется «боязнь постели»: вечером, когда приходит время лечь в постель, возникает «предвосхищение» неудачи, что усиливает соматизированное напряжение и еще больше препятствует засыпанию. В результате у пациента формируется стойкая ассоциация инсомнии с местом для сна.

Часто в новом месте больные спят лучше, чем дома, поскольку эта негативная ассоциация «не срабатывает».

Идиопатическая инсомния протяжении всей предшествующей жизни пациента. Начинается она в раннем детстве или в школьные годы и течет без периодов улучшения.

Парадоксальная инсомния отличается от других видов тем, что пациент предъявляет жалобы на значительное расстройство сна и ухудшение дневного самочувствия, что не соответствует степени нарушения объективной картины сна.

При проведении полисомнографического исследования обычно выявляется более чем 50% расхождение между продолжительностью сна согласно собственным ощущениям пациента и объективными показателями.

Нарушение гигиены сна является частой формой расстройств сна у детей, подростков и пожилых людей. Основными причинами развития этого вида инсомнии считается несоблюдение правил гигиены сна, приводящее к гиперактивации или к включению негативных ассоциаций, препятствующих засыпанию: нерегулярное время укладывания, дневные засыпания, употребление алкоголя, кофеина, никотина перед сном, физическое и/или умственное перенапряжение и др.

Инсомния при психических расстройствах является одним из симптомов психического заболевания. Обычно нарушения сна возникают с дебютом болезни и утяжеляются по мере ее прогрессирования. В данном случае инсомния является самостоятельной мишенью для лечения, если она является одним из симптомов, определяющих тяжесть состояния больного.

Инсомния при болезнях внутренних органов сопровождается соматические или неврологические заболевания. Бывает сложно разграничить, явилось нарушение сна следствием нозогенной реакции (т.е. опять же психического расстройства) или же основного заболевания. Только в некоторых случаях, когда дисфункция внутренних органов непосредственно приводит к нарушению сна (ночные гастроэзофагеальные рефлюксы, болевые синдромы, ночные сердечные аритмии) можно быть в этом уверенным.

Инсомния при приеме лекарственных или других препаратов возникает как на фоне приема, так и после отмены некоторых субстанций. При этом проявляются эффекты привыкания (необходимость увеличения дозы препарата для получения того же эффекта) и зависимости (развитие абстинентного синдрома на фоне отмены препарата). Характерным также является феномен «рикошетной инсомнии» – временное ухудшение сна (не хуже базовых показателей до начала лечения) после отмены снотворных препаратов. Инсомния на фоне приема алкоголя также относится к этому клиническому подтипу.

Клиническая картина

Клинические признаки инсомнии, в зависимости от времени их проявления, разделяют на группы: пресомнические, интрасомнические и постсомнические нарушения. Нарушения до, после и во время сна могут проявляться по отдельности и в совокупности. Все 3 вида нарушений наблюдаются лишь у 20% пациентов среднего возраста и у 36% пожилых больных инсомнией.

Инсомния приводит к снижению дневной активности, нарушению памяти и внимательности. У пациентов с психической патологией и соматическими заболеваниями усугубляется течение основной болезни. Инсомния может стать причиной замедленной реакции, что особенно опасно для водителей и работников, обслуживающих промышленные станки.

Пресомнические нарушения

Пациенты жалуются на проблемы с наступлением сна. Обычно стадия засыпания продолжается 3-10 минут. Человек, страдающий инсомнией, может потратить на засыпание от 30 до 120 минут и более.

Увеличение периода наступления сна может быть следствием недостаточной утомленности организма при позднем подъеме или раннем укладывании спать; болевой реакции и зуда соматического характера; приема препаратов, возбуждающих нервную систему; возникшей в течение дня тревоги и страха.

Как только человек оказывается в постели, желание уснуть мгновенно исчезает, возникают тяжелые мысли, в памяти всплывают тягостные воспоминания. При этом наблюдается некоторая двигательная активность: человек не может найти удобную позу. Порой возникает беспричинный зуд, неприятные ощущения на коже. Иногда засыпание происходит столь незаметно, что человек воспринимает его как бодрствование.

Проблемы с засыпанием могут сформировать странные ритуалы перед сном, несвойственные здоровым людям. Возможно появление страха от ненаступления сна и боязни постели.

Интрасомнические нарушения

Пациент жалуется на отсутствие глубокого сна, даже минимальный раздражитель вызывает пробуждение с последующим длительным засыпанием. Малейший звук, включенный свет и другие внешние факторы воспринимаются особенно остро.

Причиной спонтанного пробуждения могут стать страшные сны и кошмары, чувство наполнения мочевого пузыря (повторяющиеся позывы к мочеиспусканию), вегетативное нарушение дыхания, учащенное сердцебиение. Здоровый человек, не страдающий инсомнией, также может просыпаться, однако порог пробуждения у него заметно выше, последующее засыпание не проблематично, качество сна не страдает.

К интрасомническим нарушениям также относится повышенная двигательная активность, проявляющаяся синдромом «беспокойных ног», когда человек во сне совершает потряхивающие движения ногами. Причиной синдрома «апноэ во сне», который зачастую наблюдается при инсомнии, является включение произвольного механизма регуляции дыхания. Возникает чаще всего при ожирении и сопровождается храпом.

Постсомнические нарушения

Инсомния проявляется и в бодрствующем состоянии после пробуждения. Человеку трудно рано проснуться, он чувствует разбитость во всем теле. Сонливость и сниженная работоспособность может сопровождать больного весь день. Зачастую наблюдается неимперативная дневная сонливость: даже при наличии всех условий для хорошего сна человек не может уснуть.

Отмечаются резкие перепады настроения, что неблагоприятным образом отражается на общении с другими людьми, зачастую усугубляя психологический дискомфорт. Некоторое время после пробуждения человек

жалуется на головные боли, возможен подъем давления (гипертензия). При этом характерно более выраженное повышение диастолического давления.

Диагностика

Если необходимо, в сборе анамнеза должны принять участие те, кто заботится о пациенте

1. Соматические заболевания в прошлом и настоящем (включая болевой синдром)
2. Употребление психоактивных веществ (лекарства, алкоголь, кофе, сигареты, нелегальные вещества)
3. Физический осмотр
4. Дополнительные исследования (если есть показания): общий анализ крови, гормоны щитовидной железы, функции печени и почек, С-реактивный белок, гемоглобин, витамин В12; ЭКГ, ЭЭГ, КТ/МРТ; циркадные (мелатонин, температура тела)
5. Психиатрическая/психологическая история
 - Психические расстройства в настоящем и прошлом
 - Особенности личности
 - Ситуация на работе и в личной жизни
 - Межличностные конфликты

Существует 2 четких диагностических критерия инсомнии: это задержка засыпания более чем на 30 минут и снижение эффективности сна до 85% и ниже (отношение времени собственно сна ко времени, которое пациент провел в постели).

Для уточнения характера жалоб больного, его привычек и особенностей сна ему рекомендуется в течение 1–2 нед заполнять дневник сна.

Лечение

Транзиторная инсомния обычно проходит самостоятельно или после устранения причин ее возникновения. Подострая и тем более хроническая инсомния требуют более внимательного подхода, хотя лечение первопричины является основополагающим фактором.

Успешное избавление от инсомнии предусматривает соблюдение гигиены сна. Ежедневное засыпание в одно и то же время, исключение дневного сна, активное дневное бодрствование может полностью избавить от бессонницы пожилых людей без применения медикаментозных препаратов.

Психотерапия позволяет устранить психологический дискомфорт и восстановить сон. Хорошие результаты в лечении инсомнии показали иглоукалывание и фототерапия (лечение белым светом высокой интенсивности).

Применение снотворных препаратов способствует быстрому засыпанию и предотвращает частые пробуждения.

Препараты с седативным эффектом (нейролептики, антидепрессанты, антигистаминные), назначаются с целью увеличения длительности сна и снижения двигательной активности.

Препараты имидазопиридины (золпидем) и циклопирролоны (зопиклон) имеют малую длительность воздействия, не вызывают постсомнических нарушений – это одни из самых безопасных снотворных.

Группа транквилизаторов - бензодиазепинов (диазепам, лоразепам) в большей степени тормозит общемозговые мозговые процессы, тем самым снижая тревожность и увеличивая латентность ко сну.

Эти препараты вызывают привыкание, серьезно воздействуют на быстроту реакции, одновременно усиливают эффект барбитуратов и анальгетиков.

Правила приема медикаментов при инсомнии включают в себя: соблюдение продолжительности лечения снотворными — в среднем 10-14

дней (не более 1 месяца); препараты могут назначаться в комплексе с учетом их совместимости; тот или иной препарат выбирается в зависимости от сопутствующей соматической патологии и минимального набора побочных воздействий. С профилактической целью снотворные назначаются 1-2 раза в неделю. Важно понимать, что применение снотворных является исключительно симптоматическим лечением. Этот факт и масса нежелательных последствий вынуждают максимально ограничить их прием.

Прогноз и профилактика инсомнии

Прогноз при острой и подострой инсомнии благоприятен, ее лечение в большинстве случаев не требует приема гипнотиков и транквилизаторов. Лечение запущенной хронической бессонницы — процесс длительный; только тесное взаимодействие пациента с врачом позволит выбрать эффективную схему лечения и достичь положительного результата.

Литература:

1. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы, под ред. Я.И.Левина. М., 2005. – 115 с.
2. Молдовану И. В. Нейрогенная гипервентиляция и вегетативная дистония: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 1991.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб, Питер, 2001.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
5. Тхостов А.Ш., Елшанский С.П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. М., 2003. – 24 с.