

БЕЗСОННЯ: ЯК ДОПОМОГТИ ПАЦІЄНТАМ УНОЧІ ДОБРЕ СПАТИ

Henry W. Lohmeyer, M. D.

Insomnia: How to Help Patients Get a Good Night's Sleep. Consultant, January 1995: 108—111.

До найсерйозніших наслідків безсоння (цю проблему різною мірою мають близько 60-ти млн. американців) належать автомобільні аварії, виробничі травми, загострення соматичних та психічних захворювань.

Після встановлення діагнозу безсоння необхідно виявити ймовірні причини і вибрати оптимальне лікування з широкого спектру поведінкових і фармакологічних методів.

Для довготривалої успішної терапії безсоння необхідні такі методи, як «контроль стимулу», обмеження сну і хронотерапія. Проте щоб ці поведінкові методи дали ефект, потрібен час, тоді як снодійні засоби допомагають відразу. Таких небажаних побічних ефектів снодійних засобів, як «рикошетне» безсоння і синдром відміни, можна уникнути, використовуючи найменші ефективні дози, поступово знижуючи їх перед тим, як відмінити препарат цілком.

Для багатьох людей (приблизно 9% американців) добрий нічний сон є недосяжною мрією. Наслідки втоми, яка виникає від хронічного безсоння, призводять до нещасних випадків на дорогах і на виробництві, значно збільшують ризик виникнення важкої депресії і погіршують перебіг соматичних захворювань.

Гіпнотичні снодійні засоби викликають швидкий ефект у пацієнтів, які мають клопоти із засинанням або підтриманням сну, а також якщо сон не дає повноцінного відновлення сил. Однак для досягнення довготривалого ефекту необхідні методи поведінкової терапії (зміна способу життя і звичок).

Як допомогти вашим пацієнтам налагодити нормальний нічний сон? Перш за все потрібно оцінити проблему і правильно класифікувати безсоння. У цій статті я опишу різні поведінкові та фармакологічні методи лікування і дам поради, як обрати комбінацію ліків, що дасть найкращий результат.

Поведінкова терапія

Плануючи лікування, пам'ятайте, що одні фактори провокують безсоння, тоді як інші підтримують його. Перед тим, як прийняти рішення, необхідно уважно обстежити пацієнта; вибір лікування залежить від причини захворювання. Якщо органічні чи психіатричні причини встановити не вдається, а пацієнту не дає полегшення обраний Вами метод, запропонуйте йому звернутися до спеціаліста з лікування безсоння.

Методи лікування, які маємо нині, є ефективними для більшості хворих, вони безпечні, а інколи досить прості. Окремі з них належать до поведінкової терапії (див. таб. 1). Інші є фармакологічними.

Як звичайно, найкращий результат вдається досягти за допомогою обґрунтованого поєднання обох методів.

Поради з приводу гігієни сну

Більшість людей порушує щонайменше кілька аксіом гігієни нормального сну. Окремі поради, що можуть бути корисними для ваших пацієнтів, вміщено у рамку. Хоча верховенство належить специфічному лікуванню, все ж таки ці загальні корисні поради мають своє важливе місце у переліку лікувальних заходів.

Терапія контрольованим стимулом

Мета її — створити психологічну асоціацію між сном і спальнею.

Якщо пацієнт не може заснути протягом 20—30 хвилин, порадьте йому встати з ліжка і вийти зі спальні. Це краще, ніж безуспішно змушувати себе заснути.

Таблиця 1.
Перелік способів поведінкової терапії

СПОСІБ	МЕТА
Поради щодо гігієни сну	Уникати дій і звичок, які порушують сон, і підтримувати ті, що сприяють йому
Терапія контрольованим стимулом	Зробити так, щоб спальня асоціювалася зі сном
Обмеження сну	Викликати сонливість лише в час, відведений для сну
Хронотерапія	Відновити біологічний ритм
Терапія яскравим світлом	Перебувати в темряві, коли настав час, відведений для сну, і на яскравому світлі в період активності
Релаксація	Зняти напруження, що провокує безсоння

Корисно зайнятись чимось таким, що не вимагає зусиль, наприклад, почитати. До спальні варто повертатись тоді, коли знову виникла сонливість. Якщо сон усе ж таки не приходить протягом 20 хвилин, це слід повторити.

В ідеалі спальня повинна асоціюватися зі сном, а не з розчаруванням і безсонням. Описана методика особливо корисна для пацієнтів із психологічним безсонням, які втратили цю асоціацію.

Терапія обмеженням сну

Це робиться для того, щоби впевнитися, що пацієнт спить у той час, який відведений для сну. Метод має додаткову перевагу, бо хворий виробляє для себе регулярний графік сну. Недоліком є те, що метод розрахований на надмірну сонливість, особливо на початку, яку далеко не всі здатні витримувати.

Почніть з того, що обмежите сон пацієнта нижньою границею звичайної для нього тривалості сну. Наприклад, якщо хворий звичайно спить уночі від 5 до 8 годин, дозвольте спати лише 5. Якщо ж пацієнт спить лише 85-90% визначеного для сну часу кілька ночей підряд, додавайте до часу сну ще 30 хвилин.

Хронотерапія

Цей метод може бути корисним для пацієнтів із синдромом порушення фаз сну (наприклад, у підлітків, що лягають спати пізно). Хронотерапія ставить за мету відновити нормальний біологічний ритм пацієнта шляхом затримки фази сну щонайменше на 3 години щодня. Після 5–6 днів лікування біологічний ритм сну хворого збігатиметься з ритмом більшості здорових людей. Але після лікування треба чітко дотримуватися нового встановленого ритму засинання і прокидання. Будь-яке відхилення від цього нового режиму може викликати повернення до старого «скошеного» циклу засинання-прокидання. І тоді хронотерапію потрібно буде повторити, можливо, доповнюючи її лікуванням яскравим світлом.

Терапія яскравим світлом

Цей метод відомий також під назвою фототерапії. Його особливо доцільно застосовувати для людей, які не можуть використовувати нормальний цикл світло-темрява для регулювання свого внутрішнього годинника (люди з позмінним графіком роботи тощо). Створюючи темряву протягом періоду сну і яскраве світло під час активності, їм допомагають адаптуватися до графіку позмінної роботи і уникати сонливості на робочому місці. Світлотерапія може бути корисною і для осіб із синдромом відстроченої фази сну.

Методи релаксації

Як випливає з назви, ці методи особливо корисні людям, які не можуть достатньо розслабитись, щоб заснути вночі. Для вирішення цієї проблеми було запропоновано чимало різних методик, але в кінцевому результаті всі вони повинні зняти напругу, яка сприяє безсонню.

Певні методики спрямовані на те, щоб ліквідувати напруження м'язів як фізичний прояв збудження (релаксуючі тренування і методика зворотнього зв'язку). Тоді як інші (хатха-йога) мають за мету навчити людину розслабляти як тіло, так і мозок. Потенційно ці методи дуже корисні, але самі по собі рідко виліковують безсоння.

Медикаментозна терапія

Окремі лікарі ніколи не призначають снодійних медикаментів, побоюючись побічних ефектів. Проте є ситуації, коли без цих препаратів обійтися не можна. У загальному, хворий з порушеним циклом засинання-пробудження повинен змінити свій спосіб життя, якщо він хоче за тривалий період позбутись безсоння. Але багато хворих не можуть наражати себе на ризик втомленості, яку вони відчують на початку поведінкової терапії. Крім того, мало хто може дозволити собі взяти тижневу відпустку, щоб лягти в клініку на курс хронотерапії. Саме таким хворим снодійне дає змогу досягти швидкого полегшення і дочекатись, коли настане ефект від поведінкової терапії. Призначаючи седативні, важливо знайти золоту середину між позитивними і негативними ефектами.

Мета седативної терапії — розірвати порочне коло нічного безсоння і денної сонливості. Ідеальний препарат повинен швидко викликати сон, не спричиняючи таких побічних ефектів, як сонливість удень.

Для більшості пацієнтів цього можна досягти, застосувавши короткодійні бензодіазепіни, такі як тріазолам, темазепам (див. табл. 3), або небензодіазепіни, такі як золпідем із ряду імідазопіридинів. Період напіввиведення цих препаратів складає 2—4 години, а це зменшує ймовірність залишкової дії. Бензодіазепіни збільшують загальну тривалість сну в середньому на 40—60 хв., це ж характерне для новіших імідазопіридинів.

Для золпідему характерні снодійні властивості бензодіазепінів, але він не сприяє розслабленню м'язів і не має анксиолітичної дії. Прийом цього препарату не впливає на концентрацію уваги і працездатність наступного дня.

Хоча немає ліків без побічного впливу, на мою думку, ризик застосування снодійних значно перебільшують. Побічний вплив є мінімальним при короткотривалому застосуванні, лише тривале вживання препарату призводить в окремих хворих до виражених побічних дій. Проблем з «рикошетним» безсонням і симптомами відміни можна уникнути, використовуючи якнайменші можливі дози, а при необхідності відміни — зменшувати дозу поступово. Наприклад, тріазолам можна призначати пацієнтам похилого віку дозою 0,125 мг., іншим — по 0,25 мг, не побоюючись «рикошетного» безсоння. Це ж можна сказати і про темазепам, якщо його призначати дозою 15 мг. Курс лікування не повинен тривати більше 1—2 тижнів.

Є випадки, коли вигідно використовувати саме тривалодійні седативні (напр., діазепам чи флюразепам), незважаючи на те, що наступ-

Як досягти міцного сну

Корисні поради вашим пацієнтам

- ◆ Проводьте час перед сном за заняттям, що розслаблює (читання, прийом теплої ванни). Не виконуйте фізичних вправ чи роботи, що вимагає високої розумової активності.
- ◆ Підтримуйте у своїй спальні максимально можливу тишу і темряву. Часто це вимагає використання світлонепроникних штор чи жалюзі, які ізолюють спальню від зовнішнього раптового шуму.
- ◆ Хай ліжко асоціюється у вас тільки зі сном: не заповнюйте в ньому рахунків, не вчіться, не робіть того, що вимагає концентрації уваги.
- ◆ Не дримайте вдень. Це може негативно вплинути на нічний сон.
- ◆ Лягайте спати і прокидайтесь згідно з усталеним режимом.
- ◆ Не обманюйте себе, думаючи, що змарнувавши цю ніч, ви надолужите на другу.
- ◆ Не вживайте нікотину і кофеїну у другій половині дня.
- ◆ Не вживайте протягом дня більше однієї чарки спиртного. Замість того, щоб викликати релаксацію, надмірне вживання алкоголю спричинює протилежний ефект, погіршуючи якість сну і сприяючи безсонню. При постійному вживанні алкоголь поступово втрачає заспокійливу дію.
- ◆ Порадьтеся зі своїм лікарем перед тим, як купувати і вживати снодійні ліки, які продаються без рецепту.

Таблиця 2.
Застереження щодо призначення
снодійних середників

◆ Ці ліки протипоказані пацієнтам з розладами дихання, такими, як обструктивне апное під час сну, та вагітним.
◆ Не треба призначати снодійні пацієнтам, умови праці яких вимагають раптово прокидатися і бути при цьому бадьорим (пожежники, працівники швидкої допомоги). Немедикаментозне лікування — єдина альтернатива для таких пацієнтів.
◆ Будьте особливо уважні, приписуючи снодійні пацієнтам, у яких в анамнезі було зловживання медикаментами (наркотики, транквілізатори тощо), або які схильні до цього. Потенційно цими ліками можуть зловживати хворі, які самі збільшували собі дозу снодійного, просили приписати снодійні ще інших лікарів чи передозували ці ліки.
◆ Будьте обережні, прописуючи седативні пацієнтам похилого віку, оскільки вони більш схильні до серйозних побічних ефектів, таких, як порушення пізнавальної здатності чи делірій. Радьте членам сім'ї спостерігати, чи ці симптоми не виникають.
◆ Враховуйте, що в пацієнтів похилого віку метаболізм багатьох ліків, включаючи снодійні, сповільнений, а тому призначайте менші дози. Порушена функція печінки ще більше знижує метаболізм медикаментів.

ного дня вони викликають ефект «похмілля». Ці препарати добре сприяють сну вночі і звільняють від тривоги наступного дня. Вони також не так часто, як короткодійні, викликають «рикошетне» безсоння. Ці медикаменти допомагають особливо збудливим пацієнтам достатньо довго витримувати поведінкову терапію, щоб розірвати порочне коло безсоння.

Антидепресанти із седативними властивостями (тразодон) чи трициклічні сполуки (наприклад, доксепін), рекомендовані пацієнтам, у яких безсоння поєднується з депресією. Ці антидепресанти дають можливість уникати застосування двох препаратів, але їх часто комбінують з інгібіторами зворотнього захоплення серотоніну, такими як флуоксетин, пароксетин чи сертралін, які вживають протягом дня.

Приписуючи будь-які снодійні, переконайтеся, що Ваш пацієнт добре розуміє, як їх застосовувати. Певні застереження щодо їх застосування корисно знати самим лікарям (табл. 2).

Якщо ваш пацієнт почав приймати новий снодійний препарат, попросіть його повідомити вас зранку про те, як він спав уночі і яке в нього самопочуття тепер. Чи добре він відпочив? Чи ще сонний? Пам'ятайте, що медикаментозне лікування безсоння не закінчується виписуванням рецепту. Ви повинні переконатися, що сам препарат і призначена вами доза є відповідними, а на випадок необхідності внесіть зміни.

Причиною зниження ефективності снодійних протягом кількох тижнів може стати толерантність. Пацієнти з хронічним безсонням часто починають усвідомлювати, що не

можуть спати без ліків, і це відчуття посилюється симптомами відміни і «рикошетним» безсонням. Застерігайте хворих щодо можливості таких побічних ефектів.

Переклала *Роксоляна Солгат*

Таблиця 3.
Порівняльна характеристика препаратів бензодіазепінового ряду

Препарат	Початок дії (хв.)	Тривалість дії (год.)	Активні метаболіти
Естазолам*	15—30	6—8	так
Флуразепам*	15—30	8—10	так
Квазепам*	15—30	8—10	так
Темазепам	45—60	6—8	ні
Тріазолам	15—30	3—4	ні

* Ефективний період півиснування у естазоламу складає 15 год., тоді як флуразепам і квазепам мають активні метаболіти з періодом півиснування до кількох днів.