

---

## СОДЕРЖАНИЕ

---

Список сокращений .....	4
Предисловие .....	6
1. Инсомнии .....	8
2. Расстройства дыхания во сне .....	45
3. Гиперсомнии .....	110
4. Расстройства цикла «сон–бодрствование» .....	142
5. Парасомнии .....	170
6. Расстройства движений во сне .....	212
7. Другие расстройства сна .....	250
Приложение. Расстройства сна согласно 3-й версии Международной классификации расстройств сна 2014 г. с кодами МКБ-10 .....	251

---

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

---

<b>PaCO<sub>2</sub></b>	парциальное давление углекислого газа в артериальной крови
<b>PaO<sub>2</sub></b>	парциальное давление кислорода в артериальной крови
<b>АД</b>	артериальное давление
<b>БайПАП</b>	двухуровневая чрезмасочная вентиляция постоянным положительным давлением
<b>ГАМК</b>	гамма-аминомасляная кислота
<b>МКРС</b>	международная классификация расстройств сна
<b>МТЛС</b>	множественный тест латентности сна
<b>РПБС</b>	расстройство поведения в быстром сне
<b>СБН</b>	синдром беспокойных ног
<b>СИОЗС</b>	селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
<b>СиПАП</b>	чрезмасочная вентиляция постоянным положительным давлением
<b>СОАС</b>	синдром обструктивного апноэ сна
<b>СПДК</b>	синдром периодических движений конечностей

---

## ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Сомнология является бурно развивающейся областью биологической науки. Ее развитие стало возможным в связи с внедрением новых методов исследования деятельности организма, в том числе и в состоянии сна, таких как полисомнография, функциональная магнитно-резонансная томография, прижизненная высокоточная микроскопия. В последние годы достигнут значительный прогресс в изучении природы сна: определена генетическая обусловленность формирования фенотипов продолжительности сна, подтверждена роль сна в выведении балластных белков из нейронов, описан феномен «локального сна». На основании данных недавних исследований уточняется клиническая картина известных расстройств сна и предлагаются новые методы лечения, такие как, например, фототерапия.

Возрастает потребность в удобной для использования в медицинской практике и научных исследованиях классификации расстройств сна. Первая Классификация расстройств сна и бодрствования была

создана в 1979 г. и строилась по феноменологическому принципу: известные в то время расстройства сна делились на группы в зависимости от преобладающего симптома – инсомнии, гиперсомнии или парасомнии. В следующей Международной классификации 1990 г. (МКРС-1) была сделана попытка выделить некоторые патогенетически однородные расстройства сна (диссомнии внешние и внутренние), однако такое деление оказалось не вполне удачным, и в классификации 2005 г. (МКРС-2) произошёл возврат к феноменологическому принципу выделения расстройств сна. В текущей, представленной в этой книге 3-й версии Международной классификации расстройств сна 2014 г. (МКРС-3) данный принцип сохраняется, новым стало выделение «отдельных симптомов и вариантов нормы» в каждой нозологической группе.

Наряду с переводом основных клинических характеристик расстройств сна и критериев их диагностики согласно МКРС-3, в книге также представлены методы лечения этих нарушений, основанные на современных представлениях о влиянии лекарственных средств и нелекарственных воздействий на сон человека.

*М.Г.Полуэктов*

---

## 1. ИНСОМНИИ

---

По удачному определению предыдущей версии Международной классификации расстройств сна (МКРС-2) инсомния представляет собой клинический синдром, характеризующийся наличием повторяющихся нарушений инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающих несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющихся нарушениями дневной деятельности различного вида. Критерии диагностики инсомнии представлены в таблице 1.1.

Согласно этому определению можно выделить три основных свойства инсомнии. Первое – клиническими проявлениями синдрома могут быть любые нарушения процесса сна – его инициации, поддержания или завершения. Второе – для того чтобы предъявлять жалобы на нарушения сна, необходимо иметь возможность уделять сну достаточное количество времени. Это неприменимо к людям, сознательно ограничивающим себя

в сне. Третье – плохой сон должен проявляться нарушениями последующего бодрствования. Эти нарушения могут проявиться в различной форме: усталостью, нарушением внимания, сосредоточения или запоминания информации, социальной дисфункцией, расстройством настроения, раздражительностью, дневной сонливостью, снижением мотивации и инициативности, склонностью к ошибкам за рулем и на работе, мышечным напряжением, головной болью, нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта, беспокойностью состоянием своего сна. Обычно при нарушении ночного сна имеют место несколько проявлений нарушения бодрствования такого рода (см. табл. 1.1).

Клиническая феноменология нарушений сна при инсомнии включает пре-, интра- и постсомнические расстройства.

*Пресомнические* нарушения – это трудности начала сна, причем наиболее частой жалобой являются трудности засыпания; при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну, а также «боязнь постели» и «страх ненаступления сна». Возникающее желание спать улетучивается, как только боль-

Таблица 1.1

**Диагностические критерии синдрома инсомнии**

Требуется наличие всех критериев
А. Пациент или его родители, или наблюдатель отмечают одно или более из следующего: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Трудности инициации сна</li><li>2. Трудности поддержания сна</li><li>3. Пробуждение раньше желаемого времени</li><li>4. Сопротивление укладыванию спать в установленное время</li><li>5. Пациент с трудом засыпает без участия родителя или другого человека</li></ol>
В. Пациент или его родители, или наблюдатель отмечают одну или более из следующих проблем, обусловленных нарушением ночного сна: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Усталость/недомогание</li><li>2. Нарушение внимания, сосредоточения или запоминания</li><li>3. Нарушение социального, семейного, производственного или учебного функционирования</li><li>4. Расстройство настроения/раздражительность</li><li>5. Дневная сонливость</li><li>6. Проблемы с поведением (например, гиперактивность, импульсивность, агрессия)</li><li>7. Снижение мотивации/энергичности/инициативности</li><li>8. Подверженность ошибкам и несчастным случаям</li><li>9. Беспокойство о своем сне и неудовлетворенность им</li></ol>

---

## 2. РАССТРОЙСТВА ДЫХАНИЯ ВО СНЕ

---

### **Синдром обструктивного апноэ сна (взрослых)**

Из всего немалого перечня разнообразных расстройств дыхания во сне наиболее известным и актуальным на сегодняшний день является СОАС, ранее известный как «пиквикский синдром». Свое эпонимическое название этот синдром получил с легкой руки Чарльза Диккенса, который со свойственной ему точностью и иронией описал в 1837 г. в романе «Посмертные записки Пиквикского клуба» клинический симптомокомплекс этого состояния, проявлявшийся у одного из героев книги приступами засыпаний в самое неподходящее время. В дальнейшем было показано, что у больных с «пиквикским синдромом» из-за постоянно возникавших во время сна задержек дыхания практически полностью отсутствуют глубокие стадии сна, соответственно, они

Таблица 2.1

**Диагностические критерии СОАС**

Должны выполняться критерии А и В или С
А. Наличие одного или более из следующего: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Пациент предъявляет жалобы на сонливость, невосстанавливающий сон, усталость или инсомнию</li><li>2. Имеются пробуждения с ощущением нехватки воздуха, затруднения вдоха или удушья</li><li>3. Окружающие отмечают привычный храп и/или остановки дыхания во сне</li><li>4. Диагноз артериальной гипертензии, расстройства настроения, ишемической болезни сердца, мерцательной аритмии, застойной сердечной недостаточности, инсульта, сахарного диабета 2-го типа</li></ol>
В. По результатам полисомнографического исследования или амбулаторного мониторинга число эпизодов обструктивных нарушений дыхания (обструктивного или смешанного апноэ; гипопноэ; ЭЭГ-активаций, ассоциированных с дыхательными усилиями) составляет 5 и более в час (индекс дыхательных расстройств $\geq 5$ эпиз./ч)
<i>Или</i>
С. По результатам полисомнографического исследования или амбулаторного мониторинга число эпизодов обструктивных нарушений дыхания (обструктивных или смешанных апноэ; гипопноэ; ЭЭГ-активаций, ассоциированных с дыхательными усилиями) составляет 15 и более в час (индекс дыхательных расстройств $\geq 15$ эпиз./ч)

действительно обречены хронически испытывать тягу ко сну в любых ситуациях (табл. 2.1).

Многочисленные исследования показали, что распространенность СОАС в общей популяции составляет 1–3%. В наиболее часто упоминаемом Висконсинском исследовании распространенность СОАС среди мужчин среднего возраста составила 4%, среди женщин – 2%. В популяции лиц пожилого и старческого возраста эти значения достигают 20% среди женщин и 28% среди мужчин. Для детской популяции распространенность данного синдрома оценивается в 1–4%.

Наиболее важными факторами, которые влияют на вероятность возникновения СОАС, являются масса тела, пол, возраст, состояние лицевого скелета и наличие ЛОР-патологии. Ожирение – наиболее частый спутник больных с СОАС: не менее 3/4 из них имеют индекс массы тела более 30 кг/м<sup>2</sup>. Увеличение этого показателя на величину 1 стандартного отклонения приводит к возрастанию риска развития СОАС в 4 раза. Фактор возраста может обуславливать большую вероятность развития СОАС за счет уменьшения сократительной активности мышц, поддерживающих просвет верхних дыхательных путей, снижения

Таблица 2.3

**Диагностические критерии синдрома центрального апноэ сна с дыханием Чейна–Стокса**

Должны выполняться критерии А или В, С и D
А. Наличие одного или более из следующего: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Сонливость</li><li>2. Трудности засыпания или поддержания сна, частые пробуждения или ощущение невосстанавливающего сна</li><li>3. Пробуждения с ощущением нехватки воздуха</li><li>4. Храп</li><li>5. Замечаемые окружающими эпизоды апноэ</li></ol>
В. Диагноз мерцательной аритмии/флаттера, застойной сердечной недостаточности или неврологического заболевания
С. При полисомнографическом исследовании обнаруживается все из следующего: <ol style="list-style-type: none"><li>1. Число эпизодов апноэ и/или гипопноэ центрального характера составляет 5 и более в течение часа (индекс дыхательных расстройств <math>\geq 5</math> эпиз./ч)</li><li>2. Число эпизодов апноэ и/или гипопноэ центрального характера составляет более 50% от общего числа эпизодов апноэ и гипопноэ</li><li>3. Регистрируется дыхание Чейна–Стокса</li></ol>
Д. Эти нарушения нельзя лучшим образом объяснить наличием другого расстройства сна, приемом лекарственных или других препаратов

Таблица 2.13

**Диагностические критерии синдрома  
центральной гиповентиляции с поздним началом  
и гипоталамической дисфункцией**

Требуется наличие всех критериев
A. Наличие гиповентиляции во время сна
B. Симптомы отсутствуют на протяжении нескольких первых лет жизни
C. У пациента имеется по меньшей мере два из следующего: 1. Ожирение 2. Эндокринные нарушения гипоталамической природы 3. Выраженные эмоциональные или поведенческие нарушения 4. Опухоли неврального характера
D. Отсутствует мутация гена <i>RHOX2B</i>
E. Нарушения не объясняются наличием другого расстройства сна, соматического или неврологического заболевания и не обусловлено приемом лекарственных или других препаратов

**Синдром идиопатической центральной  
альвеолярной гиповентиляции**

Это состояние определяется как уменьшение уровня альвеолярной вентиляции в условиях нормального функционирования дыхательного цен-