

ПАТОГЕНЕЗ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА ТА КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ІНСОМНІЙ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДІВ РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ

Свиридова Н.К., Чуприна Г.М.

Кафедра неврології та рефлексотерапії, Національна медична академія
післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна



В статті піднімаються питання основних патофізіологічних механізмів інсомнії, особливостей їх клініки, діагностики, підходів до комплексного лікування. Наголошується, що використання методів рефлексотерапії у складі лікувальних заходів при інсомніях різного генезу значно потенціює ефект від комплексної (медикаментозної та немедикаментозної) терапії. Найбільш доцільним в аспекті досягнення максимальної клі-

нічної ефективності лікування вважається застосування методів класичної акупунктури (голкутерапії, ГРТ), скальпової акупунктури (СА), або їх поєднання із складанням акупунктурних рецептів виходячи з принципів синдромальної діагностики традиційної китайської медицини (ТКМ).

Ключові слова: інсомнії, комплексне лікування, методи рефлексотерапії.

Abstract

PATHOGENESIS, SYMPTOMS, DIAGNOSTICS AND COMPREHENSIVE TREATMENT OF INSOMNIA USING THE METHODS OF REFLEXOLOGY

Svyrydova N.K., Chupryna G.M.

Department of Neurology and Reflexology, Shupyk National Medical Academy of
Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

This article describes the pathophysiological mechanisms of insomnia, clinical and diagnostics features, approaches to comprehensive treatment. It is noted that using of reflexology techniques as a part of therapeutic measures of insomnia significantly potentiates the effect of the comprehensive (pharmacological and non-pharmacological) therapy. The most expedient is the application of the methods of classical acupuncture, scalp acupuncture, or a combination of acupuncture with composition of prescriptions based on the principles of the syndromal diagnostic of the traditional Chinese medicine.

Keywords: insomnia, treatment, reflexology.

Резюме
ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ИНСОМНИЙ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
МЕТОДОВ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Свиридова Н.К., Чуприна Г.М.

Кафедра неврологии и рефлексотерапии, Национальная медицинская академия
последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

В статье поднимаются вопросы основных патофизиологических механизмов инсомний, особенностей их клиники и диагностики, подходов к комплексному лечению. Отмечается, что использование методов рефлексотерапии в составе лечебных мероприятий при инсомниях различного генеза значительно потенцирует эффект от комплексной (медикаментозной и немедикаментозной) терапии. Наиболее целесообразным в аспекте достижения максимальной клинической эффективности лечения считается применение методов классической акупунктуры, скальповой акупунктуры, или их сочетание с составлением акупунктурных рецептов исходя из принципов синдромальной диагностики традиционной китайской медицины.

Ключевые слова: инсомнии, комплексное лечение, методы рефлексотерапии.

Вступ. Інсомнія це розлад, який пов'язаний з труднощами ініціації або підтримки сну. У DSMIV інсомнія визначається як дефіцит якості і кількості сну, який необхідний для нормальної денної діяльності, а у МКХ-10 під інсомнією, гіперсомнією та порушенням ритму сну сукупно мають на увазі «первинно психогенний стан з емоційно обумовленим порушенням якості, тривалості або ритму сну». Порушення циклу «сон-неспання» охоплює від 28 до 45% популяції, і є для половини з цього числа людей істотною клінічною проблемою, яка потребує спеціальної діагностики та лікування. Інсомнія, зазвичай, є синдромом, що вимагає обов'язкового пошуку причини порушення нічного сну: стрес (психофізіологічні інсомнії), невротичні, психічні захворювання, неврологічні захворювання, соматичні захворювання, психотропні препарати, алкоголь, токсичні фактори, ендокринообмінні захворювання, синдроми, що виникають у сні (синдром «апное уві сні»; рухові порушення у сні), больові феномени, зовнішні несприятливі умови (шум, вологість і т.п.), позмінна робота, зміна часових поясів, порушена гігієна сну; конституційно обумовлене вкорочення нічного сну. У свою чергу відомо, що розлади сну можуть активно впливати на ступінь тяжкості втоми, інвалідності, а

відповідно, і на якість життя пацієнтів з різними захворюваннями: погіршуючи повсякденну активність, збільшуючи ризик розвитку супутніх серцево-судинних, цереброваскулярних, психічних захворювань, а у підсумку, збільшуючи смертність.

Патогенез. Патогенез інсомнії вивчений недостатньо добре. Безсоння зазвичай є результатом взаємодії біологічних, фізичних, психологічних факторів і факторів середовища. Циркадний ритм, тобто ритм, пов'язаний зі зміною дня і ночі, регулюється через супрахіазмальні ядра і епіфіз. Точніше, світлові сигнали впливають на гангліонарні клітини сітківки, далі імпульс проходить через ретіногіпоталамічний тракт і справляє стимулюючу дію на супрахіазмальні ядра гіпоталамуса. Мультисинаптичні шляхи від останніх проєктуються на епіфіз (шишковидну залозу), який продукує мелатонін. Синтез мелатоніну інгібується на світлі і стимулюється в темряві. Нічне підвищення рівня мелатоніну починається між 20 - 22 годинами, з піком між 2 і 4 годинами ночі, з поступовим зниженням до ранку. Мелатонін діє через специфічні мелатонінові рецептори MT1 і MT2, які розташовані майже виключно на клітинах головного мозку. Препарати мелатоніну (віта-

мелатонін), що нормалізують сон, діють через ці рецептори.

Області мозку, які беруть участь у регуляції неспання включають туберомамільярні ядра заднього гіпоталамуса, що містять гістамінові нейрони, від яких йдуть стимулюючі сигнали в зони стовбура мозку, пов'язані з пильнуванням, такі як *locus coeruleus* (норадреналінергічні нейрони), дорсальні ядра шва (серотонінергічні нейрони), вентральні ядра покришки середнього мозку (допамінергічні нейрони) і базальний відділ переднього мозку (ацетилхолінергічні нейрони). Із зазначених зон імпульси дифузно проєктуються на кору великого мозку і забезпечують підтримку неспання.

Основним гальмуючим нейротрансмітером в ЦНС є гамма-аміномасляна кислота (ГАМК, GABA), яка міститься в вентролатеральних преоптичних ядрах переднього гіпоталамуса, звідки спрямовані гальмівні впливи на туберомамільярні ядра заднього гіпоталамуса і в зони стовбура мозку, пов'язані з пильнуванням.

Лікарські препарати агоністи бензодіазепінових рецепторів і агоністи небензодіазепінових рецепторів діють через ГАМК-рецептори, сприяючи настанню сну шляхом гальмування моноамінергічних шляхів стовбура мозку, пов'язаних із забезпеченням неспання, а також через полегшення ГАМК-ергічних гальмівних впливів вентролатеральних преоптичних ядер переднього гіпоталамуса на зони стовбура мозку, пов'язані з пильнуванням.

При оцінці порушення сну необхідно враховувати, що сон здорової людини має тривалість 6,5-8,5 годин, а засинання відбувається протягом 3 - 10 хвилин.

Структура сну. Будь-який сон складається з двох фаз: фази повільного сну (ФПС) і фази швидкого сну (ФШС). Вони принципово відрізняються одна від одної за всіма показниками, в першу чергу за мозковою активністю (яку відображає ЕЕГ), м'язовою активністю всього тіла, вегетативною діяльністю (робота серця, характер і частота дихання, артеріальний тиск та ін.). ФПС називають ще ортодоксальним сном, для нього характерні зниження частоти серцевих скорочень, ритмічне, повільне ди-

хання, ослаблення м'язового тону. На цій фазі людина запасається енергією, компенсуючи витрати в період неспання. Додаткові інтенсивні фізичні навантаження призводять до збільшення даного етапу сну, тому що потрібно більше часу для відновлення сил. Також під час ФПС синтезується гормон росту: як відомо, діти і підлітки ростуть вночі. Ще одна функція ФПС - оцінка корою головного мозку стану внутрішніх органів, що посилають сигнали мозку про своє функціонування чи його порушення.

Класифікація. За походженням виділяють: 1. Первинні інсомнії. Обумовлені особистісними психофізіологічними особливостями (психофізіологічна інсомнія) або рідше спостерігається ідіопатична форма. 2. Вторинні інсомнії. Обумовлені будь-якими або первинними психічними, неврологічними або соматичними захворюваннями, прийомом психоактивних речовин та препаратів, зовнішніми несприятливими умовами. За тривалістю перебігу виділяють три типи інсомнії: транзиторні (гострі) інсомнії (тривалість до 1 тижня); короткострокові (підгострі) інсомнії (тривалість від 1 до 6 місяців); хронічні інсомнії (тривалість від 6 місяців і більше).

За ступенем вираженості інсомнії виділяють наступні групи: - слабо виражена інсомнія, коли скарги виникають майже щодночі і супроводжуються незначним погіршенням соціальних та професійних функцій;

- помірно виражена інсомнія, коли скарги присутні щодночі і супроводжуються слабо або помірно вираженим погіршенням соціальних та професійних функцій.

- виражена інсомнія, коли скарги виникають щодночі і поєднуються з вираженим погіршенням соціальних та професійних функцій.

Найбільш значущими для діагностики і частими причинами вторинної інсомнії є:

- Депресивний стан, за статистикою - 15-25% випадків. Перший показник - раптове пробудження в 3-5 години ночі з неможливістю повторного засинання. Людина обмірковує проблеми, які крутяться

в її голові, як заїжджена платівка.

- Тривожний стан - 10-15%. Неспокійний неглибокий сон з трудністю при засинанні і при пробудженні.

- Обструктивне апное сну (припинення дихання), хропіння - 5-10%. Загрожує кисневим голодуванням, через яке знижується якість сну. Навіть проспавши необхідні 8 годин, людина не відчуває себе відпочившою.

- Синдром неспокійних ніг - 5-10%. У нормі людина здійснює до 60 рухів за час сну, при цьому стані рухи практично постійні. Людина не може не тільки спати, але й просто лежати.

- Значна кількість соматичних хвороб може викликати інсомнію. Особливо це стосується таких хвороб, як хронічні больові синдроми різної етіології (артрити, пухлини, болі в спині і т.д.), хронічні обструктивні захворювання легень, хронічні хвороби нирок (особливо у хворих на гемодіалізі) та ін., а також захворювання, які викликають нічні болі, задишку, кашель, свербіж, ніктурію, серцеві напади.

- Серед причин неефективного лікування артеріальної гіпертензії велике значення надається інсомнії. У низці випадків вдається досягти нормалізації артеріального тиску після адекватної терапії порушення сну у таких хворих.

- До неврологічних захворювань, які можуть викликати інсомнію відносяться хвороба Паркінсона, синдром неспокійних ніг (причина 10% випадків хронічної інсомнії), розсіяний склероз та інші рухові порушення, головні болі, зокрема кластерний головний біль, який часто починається уві сні та ін. Інсомнія складає значиму проблему у лежачих хворих з парезами кінцівок після спінальної та черепно-мозкової травми, ГПМК.

- Інсомнія, обумовлена прийомом ліків або інших речовин. Прийом тонізуючих напоїв (кава, чай, енергетоники та ін.) або ліків - 5-10%. Порушення сну часто виникають при надмірному прийомі алкоголю, кофеїну, тримуючих речовин і продуктів (чай, кава) або лікарських засобів, таких як: альфа-і бета-блокатори, метілдофа, дифенін, ламотриджин та інші антиепілептичні засоби, інгібітори MAO і інші антидеп-

ресанти із стимулюючою дією, психостимулятори (амфетаміни, метилфенідат), бронходилататори, тіазиди та інші діуретики, похідні ксантину, нікотину, кофеїну, тримуючі препарати, кортикостероїди, гормони щитовидної залози, назальні деконгестанти (судинозвужувальні препарати), а також при скасуванні снодійних та седативних препаратів.

- Первинні інсомнії (психофізіологічна та ідіопатична форми). Якщо всі вищеприписані порушення сну були виключені, то у пацієнта діагностується первинна інсомнія. У більшості випадків первинні інсомнії обумовлені психофізіологічними особливостями. Ідіопатична форма інсомнії розвивається в дитинстві і зберігається протягом усього життя. Проявляється фрагментованим коротким сном, скаргами на денну стомлюваність, дратівливість, депресію. Протікає з періодичними загостреннями або ремісією. Іноді виявляється позитивний сімейний анамнез. До числа первинних інсомній відносять психофізіологічну інсомнію, яка також носить назви обумовленої або вивченої інсомнії. Це розлад сну, пов'язаний з формуванням психологічних асоціацій, порушує сон. Психофізіологічна інсомнія зазвичай виникає після тривалого психологічного стресу у пацієнтів, сон яких до цього не був порушений. Пацієнт відповідає на стрес тілесним, м'язовим напруженням і збудженим станом, що призводить до психофізіологічного збудження. Спальна кімната і сама необхідність регулярного сну асоціюються у пацієнта з фрустрацією і збудженням, і у хворого з'являється страх перед безсонням і перед самим процесом сну. Хворі часто докучають скаргами на те, що не можуть заснути, їх рішучі спроби заснути супроводжуються сумнівами в цьому, скаргами на можливість заснути під час монотонної діяльності і у невідповідній ситуації, але не тоді, коли хочеться заснути. Психофізіологічна інсомнія триває не менше 1 місяця. У пацієнтів присутні один або декілька з нижче перерахованих симптомів: занепокоєння з приводу поганого сну; труднощі засинання у ліжку, але відсутність таких при монотонії в період денно-

го неспання; поліпшення сну поза домом; висока розумова активність в нічний час; висока м'язова напруга і неможливість розслабитися в ліжку.

Клініка. Клінічна картина інсомнії складається з трьох груп порушень, які можуть спостерігатися окремо або в комбінації:

1. Пресомнічні порушення. Це труднощі початку сну, засинання. Найбільш часта скарга на проблему з засинанням. При тривалому перебігу можуть формуватися патологічні «ритуали відходу до сну», а також «страх ліжка» і страх «ненастання сну». Бажання спати випаровується, як тільки хворі опиняються в ліжку, з'являються тяжкі думки і спогади, посилюється рухова активність у прагненні знайти зручну позу. Наступаюча дрімота переривається найменшим звуком, фізіологічним міоклоніями. Якщо у здорової людини засинання відбувається протягом декількох хвилин (3-10 хв), то у хворих воно інколи затягується до 120 хвилин і більше. Нерідко засинання хворими ігнорується, і весь цей час уявляється їм, як суцільне неспання. Порушення засинання діагностують у тому випадку, якщо пацієнт не може заснути впродовж 30 хв. Причини пресомнічних порушень можуть бути наступними: недостатня ступінь втоми, зокрема внаслідок раннього укладання спати або пізнього підйому з ліжка; вплив різних збудливих чинників, зокрема тривоги і страху; застосування збуджувальних засобів; захворювання, що ускладнюють засинання, зокрема ті, які супроводжуються болем, свербінням.

2. Інtrasомнічні порушення. Включають часті нічні пробудження, після яких пацієнт довго не може заснути, і відчуття «поверхневого» сну. Пробудження обумовлені як зовнішніми (насамперед шум), так і внутрішніми факторами (страхотливі сновидіння, страхи і страхіття, болі і вегетативні розлади у вигляді порушення дихання, тахікардії, підвищена рухова активність, поклики до сечовипускання та ін.). Всі ці чинники можуть пробуджувати і здорових людей, що мають гарний сон. Але у хворих різко знижений поріг пробудження і утру-

днений процес засинання після епізоду пробудження.

3. Постсомнічні порушення. Виникають в період після пробудження. Це проблеми раннього ранкового пробудження, зниженої працездатності, «розбитості», сонливості при пробудженні і / або протягом дня. Пацієнти не задоволені сном. До постсомнічних розладів можна віднести і неімперативну денну сонливість. Її особливістю є труднощі засинання навіть за наявності сприятливих умов для сну.

Діагностика інсомній. Діагностуючи безсоння, застосовують спеціалізовані методики:

- Загальний медичний / психіатричний опитувальник (для виявлення коморбідних станів);

- Шкалу тяжкості інсомнії (ISI) (для оцінки ступеня вираженості безсоння);

- Шкалу сонливості Епворт (для оцінки ступеня денної сонливості).

- Щоденник сну (для оцінки характеру циклу сон-неспання). Пацієнт веде щоденник сну протягом 2-х тижнів до лікування і під час курсу терапії. У щоденнику сну обов'язково повинна бути наступна інформація:

- тривалість нічного сну;
- оцінка якості нічного сну;
- перевтома протягом дня;
- пристрасть до заспокійливих засобів і стимуляторів;
- точний час, коли пацієнт прокидається і коли засинає;
- будь-які побічні розлади: хропіння, утруднене дихання, руху у сні.

Цей щоденник спостережень допоможе лікарю виявити фактори, що впливають на сон, а також приховані ознаки захворювань.

- Для вивчення сну психологи використовують також шкали: тест Спілбергера (оцінка тривоги), шкала CES-D (оцінка депресії).

- Загальний фізикальний огляд допоможе в оцінці певних соматичних патологій, які можуть порушувати сон, наприклад, хронічні обструктивні захворювання легень, астма або синдром неспокійних ніг.

- Лабораторні дослідження сприяють виключенню проявів захворювань щитовидної залози, залізодефіцитної анемії, дефіциту вітаміну В12 (синдром неспокійних ніг).

- Полісомнографія розглядається в якості «золотого стандарту» при кількісній оцінці сну. Такі методи, як ЕЕГ, ЕКГ, ЕМГ електроокулографія, пульсоксиметрія і вимірювання частоти дихання, використовують для того, щоб виявити такі порушення, як періодичні мимовільні рухи кінцівок у сні, апное і нарколепсія.

Лікування. Терапія інсомнії включає два підходи:

Немедикаментозні методи. Вони різноманітні: дотримання гігієни сну, психотерапія, фототерапія, енцефалофонія («музика мозку»), рефлексотерапія (РТ), біологічний зворотній зв'язок, фізіотерапія (гідротерапія, аеройнотерапія, електротерапія, кліматотерапія, прилади, що регулюють ритм дихання, що створюють приємний шум («морського прибою»), тепловий вплив на область носу), гомеопатія.

• Гігієна сну - невід'ємний компонент лікування будь-яких форм інсомнії, вона включає рекомендації: лягати спати і вставати в один і той же час; виключити денний сон, особливо в другій половині дня; не вживати на ніч чай і каву; зменшити стресові ситуації, розумове навантаження, особливо у вечірній час; організувати фізичне навантаження у вечірній час, але не пізніше, ніж за 3 години до сну; регулярно використовувати водні процедури перед сном - прохолодний душ (невелике охолодження тіла є одним з елементів фізіології засинання). У деяких випадках можна застосовувати теплий душ (комфортної температури) до відчуття легкого м'язового розслаблення. Використання контрастних водних процедур, надмірно гарячих або холодних ванн не рекомендується.

• Дані рекомендації необхідно індивідуально обговорювати з кожним пацієнтом і пояснювати важливість саме конкретного підходу.

• Психотерапія (раціональна психотерапія, аутогенне тренування, гіпноуггестивні методи, індивідуальна та групова психотерапія) - поширений спосіб ліку-

вання багатьох захворювань. Роль психотерапії в лікуванні інсомнії полягає в корекції існуючих психопатологічних симптомів і синдромів. Особливу увагу необхідно приділяти зменшенню рівня тривожності (як найбільш частого симптому, супутнього порушенню нічно-го сну і що є важливим патогенетичним чинником підвищення рівня церебральної активації).

• Фототерапія - метод лікування яскравим білим світлом (інтенсивністю від 2.000 до 10.000 люкс) заснований на сучасних уявленнях про вплив яскравого світла на нейротрансмітерні (серотонін, допамін, мелатонін) системи мозку і дозволяє через систему очей, гіпоталамус і епіфіз керувати циркадними ритмами, також циклом «сон-неспання».

• Енцефалофонія («Музика Мозку») - прослуховування пацієнтом музики (на різних носіях), отриманої шляхом перетворення його ЕЕГ в музику за допомогою спеціальних методів комп'ютерної обробки на базі ряду спеціальних алгоритмів, що сприяє зміні функціонального стану людини. Енцефалофонія включає елементи музикотерапії і біологічно зворотнього зв'язку, але має ряд відмінностей від цих методів регуляції функціональних станів. Ефективність енцефалофонії у хворих інсомнією за даними подвійних сліпих плацебо-контрольованих досліджень - не менше 82%.

Медикаментозні методи. Сучасна фармакотерапія в основному представлена снодійними засобами, які впливають на постсинаптичний ГАМК-ергічний комплекс. Ці групи включають барбітурати (застосовуються рідко), бензодіазепіни, циклопіролоні, імідазопірідині (табл. 1).

Препарати різних груп однонаправлено впливають на структуру сну хворих на інсомнію. Неспецифічність їх впливу на структуру сну полягає в збільшенні часу сну, зниженні тривалості засинання, зменшенні представленості поверхневих стадій фази повільного сну, часу неспання і рухової активності уві сні. Проблема вибору снодійного препарату полягає в найменшому числі побічних ефектів та ускладнень від даного препарату.

Найбільш поширені снодійні препарати різних хімічних груп

Міжнародна назва	Доза, мг	Хімічна група	Період напів-виведення, год.
Золпідем	10	імідазопілідін	2,4
Зопіклон	7,5	циклопіролон	3,5 - 6
Мідазолам	15	бензодіазепін	1-2
Тріазолам	0,25	бензодіазепін	1,5 – 5,5
Бротізолам	0,125	бензодіазепін	від 3 до 8
Лоразепам	2,5	бензодіазепін	8 -15
Флунітразепам	2	бензодіазепін	19 - 34
Нітразепам	10	бензодіазепін	26
Флуразепам	30	бензодіазепін	50 - 100
Мелатонін	3	гормон епіфіза	
Доксіламін	15	етаноламін	10,1 +/- 0,4

Ефективний снодійний засіб: 1) сприяє швидкому настанню сну; 2) сприяє підтримці сну, тобто перешкоджає частим пробудженням, а при їх настанні дозволяє знову швидко заснути; 3) після остаточного спонтанного ранкового пробудження не викликає відчуттів млявості, розбитості, втоми або, якщо ці відчуття раніше були присутні, сприяє їх зникненню; 4) не має побічних дій, а якщо вони виникають, то не погіршують соціальної адаптації хворого; 5) може застосовуватися за потреби.

Пропонуються наступні принципи призначення снодійних препаратів з урахуванням їх різноманіття і для уніфікації їх використання:

- Слід починати лікування інсомнії переважно з рослинних снодійних препаратів або мелатоніну. Ці препарати створюють найменші проблеми для пацієнтів і легко можуть бути відмінені надалі. «Присипляючий» потенціал мелатоніну достатній, щоб рекомендувати його в якості снодійного препарату.

- Переважно використовувати короткоживучі препарати (табл. 1). Ці препарати, як правило, не створюють постсомнічних проблем, рідко викликають млявість і сонливість протягом дня, не мають негативного впливу на моторні можливості людини, що робить їх відносно безпечними у людей, зайнятих операторською діяльністю, і у водіїв.

- Тривалість призначення снодійних препаратів не повинна перевищувати 3-х

тижнів (оптимально - 10-14 днів). Це час, який відводиться лікарю для уточнення причини інсомнії. За цей термін, як правило, не формуються звикання і залежність, а також не виникає проблеми скасування препарату.

- Пацієнтам старших вікових груп слід призначати половину (по відношенню до хворих середнього віку) добового дозування снодійних препаратів, а також враховувати їх можливу взаємодію з іншими ліками. Нерідко у літніх хворих без проведення полісомнографії буває складно диференціювати фізіологічні зміни циклу «сон-неспанья» від інсомнії. У цьому аспекті певні надії покладаються на мелатонін - гормон епіфізу, що володіє певним снодійним ефектом, але позбавлений багатьох негативних якостей.

- У випадку навіть мінімальних підозр на наявність синдрому «апноє уві сні» в якості причини інсомнії і неможливості полісомнографічної верифікації, в окремих випадках можна використовувати в якості снодійних імідазопілідінові і циклопіролонові похідні, негативний вплив яких на функцію дихання до теперішнього часу не виявлено. При виявленні синдрому «апноє уві сні», як причини інсомнії, найбільш ефективним є лікування порушень дихання уві сні за допомогою приладів, що створюють позитивний тиск на видиху (CPAP або BiPAP).

- Якщо при індивідуальній незадоволеності тривалістю сну об'єктивно зареєс-

тровано 6 і більше годин сну, призначення снодійних препаратів є неефективним і слід застосовувати психотерапію.

- Хворим, які тривалий час отримують снодійні препарати, необхідно проводити «медикаментозні канікули», що дозволяє зменшити дозу цього препарату або змінити його.

• Етаноламіни. Їх снодійний ефект обумовлений блокадою ефектів гістаміну - одного з провідних медіаторів неспання. Ці препарати є антагоністами Н1-гістамінових рецепторів, володіють М-холіноблокуючим впливом. Єдиний снодійний препарат цієї групи - доксиламін. Середня терапевтична доза 15 мг, період напіввиведення препарату з організму 11-12 годин. Доксиламін володіє денною післядією, за снодійним впливом менш ефективний, ніж бензодіазепіни. Протипоказаний при закритокутовій глаукомі, аденомі передміхурової залози.

• Циклопіролоні. Зопіклон є небензодіазепіновим лігандом ГАМК хлоридного рецепторного комплексу, який посилює провідність ГАМК-ергічних рецепторів. Показано, що препарат зв'язується з ГАМК-комплексом не в тій частині рецептора, з якою зазвичай зв'язуються бензодіазепіни. Крім того, зопіклон на відміну від бензодіазепінів зв'язується тільки з центральними рецепторами і не має спорідненості до периферичних бензодіазепінових рецепторів. Препарат швидко всмоктується зі шлунково-кишкового тракту; його пікова концентрація в плазмі крові досягається через 100 хвилин, а поріг снодійної дії - в межах 30 хвилин після прийому 7,5 мг. Крім того, показано, що зопіклон не впливає на індекс апное. Оптимальна терапевтична доза 7,5 мг.

• Імідазопірідіни. Золпідем - селективний блокатор субтипу w1 - рецепторів ГАМК-комплексу, не зв'язується з іншими підтипами рецепторів, як центральними, так і периферичними. Відрізняється від раніше згаданих препаратів найменшою токсичністю. Золпідем - небензодіазепіновий снодійний препарат і, отже, не викликає звикання, залежності і не порушує денного неспання. Терапевтична доза 10 мг на добу, за 30 хвилин до сну. Напівви-

ведення зопіклону у дорослих становить 5-6 годин. У літньому віці накопичення препарату в організмі при тривалому застосуванні мінімальне.

• Мелатонін - нейрогормон, що виробляється епіфізом, сітківкою і кишкою. Біологічні ефекти мелатоніну різноманітні: снодійний, гіпотермічний, антиоксидантний, протираковий, адаптогенний, синхронізаційний. Однак у більшості випадків його використовують, як снодійний засіб. Так як мелатонін максимально синтезується в темряві його вміст у плазмі крові людини вночі в 24 рази вище, ніж вдень. В Україні зареєстрований Віта-мелатонін препарат, що містить 3 мг мелатоніну. Мелатонін прискорює засинання і нормалізує структуру циклу «сон-неспання». Призначається дорослим 3-6 мг за 30 хвилин до сну.

Таким чином, лікарські засоби необхідно використовувати з урахуванням уявлень про сучасні снодійні препарати і основні засади їх призначення.

Немедикаментозний лікувальний підхід може бути єдиним і самостійним методом, але є обов'язковим при лікуванні інсомнії незалежно від використання інших підходів.

Використання рефлексотерапії в комплексному лікуванні інсомнії. Використання методів РТ у складі лікувальних заходів при інсомніях різного генезу значно потенціює ефект від комплексної (медикаментозної та немедикаментозної) терапії. Найпотужніший лікувальний ефект справляє ГРТ, СА або їх поєднання в одній процедурі. Найкращий час для проведення процедур РТ – друга половина дня, або безпосередньо перед сном. Процедури доцільно проводити щодня або через день, 10-12 процедур на курс лікування.

Згідно з уявленнями ТКМ, на функцію епіфіза, якому відводять роль «біологічного годинника» організму людини, а, відповідно, і на забезпечення нормального сну, впливають, насамперед, «регулятори» Вей Чи (захисної енергії): екстраординарні (чудові) меридіани Ян-Цяо-Май та Ін-Цяо-Май, які є головними організаторами циркадної ритміки в органі-

змі. Тонізація каналу Ін-Цяо-Май згідно з алгоритмом впливу на Чудові меридіани (ТА R-6, P-7), сприяє відновленню нічного ритму відпочинку з превалюванням секреції мелатоніну, тоді як тонізація каналу Ян-Цяо-Май (ТА V-62, IG-3), дозволяє активізувати денний ритм активності. Але, згідно з нашими спостереженнями, найпотужніший ефект у плані нормалізації порушень циркадної ритміки, дає одночасний вплив на ключові точки обох вищевказаних Чудових меридіанів (ТА R-6, V-62) впродовж 5-7 процедур ГРТ, з одночасною стимуляцією загального Ло-пункта ЧМ (ТА V-1).

Щодо інших рекомендації з метою складання акупунктурного рецепту, слід сказати, що значний ефект на функції епіфізу, а, відповідно і на відновлення нормального сну, справляє також вплив на ТА T-20, PC-1,3, VB-20,12,21, V-10, C-7,6,8, RP-6, R-8, J-17,14,6; на аурикулярні точки AP-25, 22, 34, 34а, 26а, 28, 51, 55, 95; а також на зони СА: MS-1 (середня лінія чола), MS5 (зона маківки), емоційна зона, зона «заспокоєння розуму», зона «стримування манії», транквілізуюча зона.

Якщо розглянути інсомнії з позицій ТКМ, то можна виділити чотири основні синдроми (базові механізми енергетичної дисрегуляції): а) недостатність ЧИ серця та селезінки; б) дисгармонія між серцем і нирками; в) гіперактивний підйом Вогню печінки; г) дисфункція шлунка.

а) Недостатність ЧИ серця та селезінки: емоційне занепокоєння і перевтома вражають серце і селезінку, при цьому виснаження серця і розумові розлади будуть мати місце у разі пошкодження серця, тоді як у випадку недостатності ЧИ селезінки буде спостерігатись недостатня продукція ЧИ і Крові, а у разі недостатності Крові порушується живлення серця, виникає занепокоєння Шень, що і приводить до безсоння.

Головні клінічні прояви: важке засинання, страхітливий сновидіння, серцебиття, погіршення пам'яті, млявість, байдужість, анорексія, жовтуватий колір обличчя, блідий язик з тонким нальотом, ниткоподібний слабкий пульс.

Лікування з урахуванням синдрому ТКМ: метод збуджування в поєднанні з припалюванням призначається для зміцнення серця і селезінки. Додаткові ТА для впливу: V-20, V-15, RP-1, 3.

б) Дисгармонія між серцем і нирками: вроджена недостатність, надлишкова сексуальна активність або тривала хвороба ушкоджують ІНЬ нирок, внаслідок чого Вода (ІНЬ) не може підніматися до серця і адекватно врівноважувати його Вогонь (ЯН), тому з'являється гіперактивність ЯН серця. Сильний емоційний порив може викликати спалах серцевого вогню, який піднімається вгору і не може опуститися до нирок для зігрівання (промоції) Води нирок. Тому ІНЬ нирок знаходиться в недостатності, що пошкоджує волю, а надмірність Вогню серця перебуджує розум, внаслідок чого з'являється дисгармонія між серцем і нирками, що й призводить до безсоння.

Головні клінічні прояви: неспокій, безсоння, запаморочення, шум у вухах, сухість в роті з малою кількістю слини, відчуття пекучості в грудях, долонях і підшвах, часті полюції в чоловіків, погіршення пам'яті, серцебиття, біль в попереку; червоний язик, ниткоподібний швидкий пульс.

Лікування з урахуванням синдрому ТКМ: гармонізація меридіанів Серця і Нирок. Додаткові ТА для впливу: V-15,23,52, R-3,6.

в) Гіперактивний підйом Вогню печінки: емоційна депресія стає причиною застою ЧИ в печінці, існування якого впродовж тривалого часу є причиною утворення Вогню, який перебуджує розум, а потім викликає безсоння.

Головні клінічні прояви: дратівливість, кошмарні сновидіння, переляк і страх, що супроводжуються головним болем, відчуттям напруження і болем в області ребер, гірким присмаком в роті; червоний язик з жовтим нальотом, напружений («струнний») пульс.

Лікування з урахуванням синдрому ТКМ: гальмування ТА меридіану Печінки з метою інактивації Вогню. Додаткові ТА для впливу: V-18, 19, VB-12, F-2,3,14.

г) Дисфункція шлунка: нерегулярний прийом їжі ушкоджує селезінку і шлунок, накопичена неперетравлена їжа продукує Флегму-Жар в середньому Цзяо, що в подальшому викликає дисфункцію шлунка і безсоння.

Головні клінічні прояви: безсоння, відчуття задухи і розпираючий біль в епігастрії, відрижка, закріпи, липкий наліт на язичку, слизький пульс.

Лікування з урахуванням синдрому ТКМ: гальмування ТА меридіана Шлунка з метою регулювання ЧИ шлунка. Додаткові ТА для впливу: V-21, E-36,40,25, J-12,11,17.

Висновки

1. Лікування інсомній повинно бути комплексним.

2. Використання методів рефлексотерапії у складі лікувальних заходів при інсомніях різного генезу потенціоє ефект від комплексної терапії.

3. Найбільш доцільним у разі інсомній є застосування методів класичної акупунктури, скальпової акупунктури, або їх поєднання із складанням акупунктурних рецептів виходячи з принципів синдромальної діагностики традиційної китайської медицини.

Література

1. Гриб В.А., Генік С.І. Тлумачення сну (оглядова стаття) // Східно-європейський журнал хвороби Паркінсона й екстрапірамідних захворювань. - 2015. - Том 1, № 2. - С. 55-74.
2. Мурашко Н.К. Використання рефлексотерапії у комплексному лікуванні інсомній різного генезу / Розділ 2.1.5. у кн. Рефлексотерапія (національний

підручник) за ред. Мурашко Н.К., Морозової О.Г. / Мурашко Н.К. [та ін.] - К.: ТОВ СІКГРУП Україна, 2013. - Т. II. - С. 270-280.

3. Труфанов Е.А. Дифференциальный диагноз и прогноз болезни Паркинсона, паркинсонических синдромов и эссенциального тремора: дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.01.15 "Неврологія" / Е.А. Труфанов. - Луганск, 2013. - 464 с.
4. Труфанов Е.А. Стандарты диагностики и лечения болезни Паркинсона / Е.А. Труфанов // Східно-європейський журнал хвороби Паркінсона й екстрапірамідних захворювань. - 2015. - Том 1, № 2. - С. 20-36.
5. Чуприна Г.М. Розлади сну у хворих з множинним склерозом / Чуприна Г.М. // Східно-Європейський неврологічний журнал. - 2016. - №1. - С. 31-36.
6. Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents / Daley M., Morin C.M., LeBlanc M. [et al.] // Sleep Med. - 2009. - Vol. 10. - P. 427-438.
7. Johns M.W. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. / Johns M.W. // Sleep 1991. - Vol. 14. - P. 540-545.
8. Josshi S. Non-pharmacological therapy for insomnia in the elderly / Josshi S. // Clin Geriatr Med. - 2008. - Vol. 24, No. 1. - P. 107-119.
9. Sleep: a marker of physical and mental health in the elderly / Reid K.J., Marinovick Z., Finkel S. [et al.] // Am J Geriatr Psychiatry. - 2006. - Vol. 14, No. 10. - P. 860-866.