

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:  
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00710&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.  
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

# Настанова 00710. Безсоння

Автор: Christer Hublin  
Редактор оригінального тексту: Sari Atula  
Дата останнього оновлення: 2017-08-24

## Основні положення

- Зазвичай, єдиної причини безсоння немає; разом із медичними причинами існує ряд факторів, що їй сприяють, таких як певні риси особистості, звички, спосіб життя та життєві ситуації.
- Найпоширенішою формою є гостре безсоння, викликане зміною у життєвій ситуації пацієнта.
- Якщо пацієнт реагує на безсоння тривогою, така реакція може призвести до стану надсторожкості, що в свою чергу сприяє збереженню (хронізації) безсоння (функціональне безсоння).
- Вирішальним для оцінки стану є ретельно зібраний анамнез, корисним є ведення щоденника сну.
- Основними елементами лікування є довірливі відносини між лікарем і пацієнтом та не фармакологічний підхід.

## Поширеність

- Транзиторне безсоння спостерігається у третини дорослого населення, хронічне - менш ніж в однієї десятої.
- Безсоння поширене також серед дітей та підлітків.
- Безсоння більш поширене серед жінок, ніж серед чоловіків, а його частота зростає з віком.

## Причини

- Симптоми, обумовлені різноманітними факторами:
  - фактори, що сприяють захворюванню (сімейний анамнез безсоння, перезбудження, т.з. "чутливий" сон, риси особистості, шаблони поведінки)
  - провокуючі фактори (хронічне чи гостре перенапруження/ стрес на роботі чи в інших життєвих ситуаціях, зміни стану здоров'я)
  - підтримуючі фактори (механізми психофізіологічного безсоння - див. вище, зміни в звичках сну, що призводять до безсоння, наприклад занадто раннє пробудження чи надмірне перебування в ліжку або надмірне вживання стимуляторів, таких як кофеїн).
- Пацієнтам із безсонням важко точно оцінити тривалість перерваного та "чутливого" сну (зазвичай вони його значно недооцінюють).
- Навіть невелика кількість стимуляторів може впливати на сон.
  - Незалежно від часу вживання кофеїн (антагоніст аденозину) може порушувати сон, особливо у чутливих до цього осіб.
  - Пацієнти, які курять, сплять гірше ніж ті, хто не курить.
  - Навіть невелика кількість алкоголю (< 3 стандартних доз) робить сон більш чутливим та зменшує його освіжаючий ефект.
- Безсоння - поширений симптом при стресових життєвих ситуаціях та при майже всіх психічних захворюваннях.
- У людей похилого віку безсоння пов'язане з іншою супутньою патологією (коморбідне безсоння), в той час як у людей середнього віку значну роль відіграють психосоціальні фактори (пов'язані з роботою чи сім'єю).
- Багато соматичних розладів також пов'язані із безсонням, наприклад:
  - біль [настанова 00931] [Хронічний біль]
  - синдром неспокійних ніг
  - рефлюксна хвороба та інші причини абдомінальних симптомів [настанова 00170] [Гастроезофагеальна рефлю...]

- стани, що викликають задишку, такі як хронічне обструктивне захворювання легень та серцева недостатність
  - [настанова 00123] | Хронічне обструктивне за...
  - [настанова 00088] | Хронічна серцева недоста...
- симптоми простатиту та менопаузи
  - [настанова 00246] | Benign prostatic hyperpl...
  - [настанова 00550] | Менопаузальні симптоми т...
- гіпертиреоз [настанова 00513] | Hyperthyroidism]
- діабет.
- Примітка: апное сну [настанова 00143] | Апное уві сні у дорослих] може маніфестувати, як безсоння (пацієнт прокидається внаслідок епізодичного порушення дихання).
- Психіатричні причини
  - Депресія
  - Тривога
  - Психози
  - Манія
- Хронобіологічні причини
  - Нерегулярні звички сну (наприклад якщо фази сну та його тривалість дуже відрізняються в будні та у вихідні)
  - Змінний графік роботи, робота в незвичний час чи тривалий робочий день
  - Затримка фази сну: пацієнт не може заснути до пізньої ночі, однак якщо його не турбувати, то подальший сон не порушений.
- Деякі препарати можуть також викликати безсоння, наприклад:
  - анксиолітики: бензодіазепіни, буспірон
  - статини
  - НППЗ
  - протиастматичні препарати: бета-симпатоміметики, амінофілін, теофілін
  - засоби для лікування деменції: донепезил, ривастигмін
  - протиепілептичні: фенітоїн, ламотриджин, леветирацетам, топірамат

- стимулятори ЦНС: амфетамін, атомoksetин, бупропіон, бупірон, кофеїн, метилфенідат, нікотин, псевдоефедрин, ефедрин, модафініл
  - антидепресанти: флуoksetин, флувоксамін, парoksetин, тразодон та інші СИЗС, інгібітори MAO-A, дулоксетин, міртазапін (більше 30 мг)
  - протипаркінсонічні препарати: агоністи дофаміну, леводопа, інгібітори MAO-B
  - антипсихотики: класичні антипсихотики (похідні фенотіазину)
  - глюкокортикоїди
  - тироксин
- Ідіопатичне безсоння зустрічається рідко; воно дебютує в дитинстві або в підлітковому віці та не має інших відомих причин. Пацієнт має обтяжений сімейний анамнез, а причиною розладу є органічне ураження центральної нервової системи (код за класифікацією МКХ-10 G47.0).

## Діагностика

- Базується на ретельному зборі анамнезу.
  - Прояви: труднощі із засинанням (початкове безсоння), пробудження серед ночі (середнє безсоння), пробудження занадто рано (пізнє безсоння) та/або сон, що не приносить відпочинку.
  - Швидкість настання сну, повторювані пробудження (причина?), здатність знову заснути, здатність прокидатись бадьорим?
  - Час, проведений у ліжку, порівняно із тривалістю сну
  - Початок, тривалість та розвиток безсоння, будь-які зміни симптомів та їх причин
  - Причини безсоння на думку пацієнта
  - Особливості сну перед початком симптомів
  - Суб'єктивна оцінка кількості необхідного сну
  - Середовище для сну
  - Вплив на самопочуття та працездатність наступного дня
    - Ступінь втоми (схильність до засинання, чи сонний пацієнт?)

- Денний сон
  - Увага, концентрація, пам'ять, схильність до нещасних випадків та помилок
  - Настрій (депресія чи спричинена безсонням дисфорія?)
  - Фізичні відчуття.
- Слід оцінити, чи має пацієнт симптоми, що вказують на безсоння:
    - симптоми виникають хоча б три дні на тиждень
    - порушують функціональну здатність впродовж дня.
  - Метою клінічного обстеження та диференційної діагностики є виявлення чи виключення, наприклад, інших розладів сну (зокрема апное сну та синдрому неспокійних ніг), психічних захворювань, безсоння, спричиненого медичними препаратами та соматичними розладами.
  - За наявності звичайного безсоння необхідності в дослідженнях сну (полісомнографія) чи лабораторних дослідженнях зазвичай немає.
  - Якщо виявляються ознаки, що вказують на ймовірність апное сну (особливо у пацієнтів з надмірною вагою чи невеликим підборіддям, хропінням чи періодами апное щонаочі), то слід розглянути можливість проведення полісомнографії.
    - Пацієнти із апное сну зазвичай більше страждають від мимовільного засипання впродовж дня та денної втоми, ніж від безсоння.

## Лікування [доказ] [D] [доказ] [C]

- Довірливі взаємовідносини між лікарем та пацієнтом відіграють значну роль у лікуванні: багато пацієнтів відчуває покращення вже після кількох консультацій та подальших візитів.
- Самодопомога та фактори зовнішнього середовища (гігієна сну)
  - Середовище для сну, звички та режим сну
  - Функціонування під час періоду бадьорості, його тривалість
  - Стимулятори
- Не фармакологічне лікування
  - Включає спостереження за режимом сну, його особливостями, факторами, що викликають безсоння та активні методи:
    - контроль способу життя

- фізичні вправи
  - релаксація
  - контроль стимулів сну
  - обмеження часу, проведеного в ліжку.
  - Когнітивно-поведінкові втручання досліджують особливості психіки пацієнта, її впливу на безсоння, зміни поведінки та функціонування, що виникли внаслідок лікування та їх вплив на самопочуття пацієнта [доказ 02528 | C].
  - Обмеження зовнішньої стимуляції - найбільш вивчений та ефективний метод обмеження сну та навчання технік релаксації може призвести до хороших результатів.
  - Медикаментозне лікування [доказ 04967 | C]
    - Не можна перевищувати максимальну дозу, ліки слід приймати одноразово перед сном.
    - Варто враховувати період напіввиведення препарату та інформувати пацієнта щодо можливих залишкових ефектів, що триватимуть до ранку чи впродовж наступного дня (такі, як схильність до нещасних випадків, втома та інші когнітивні порушення, утруднена здатність керувати автомобілем).
    - Існує недостатньо даних щодо застосування снодійних засобів впродовж більше 3 місяців, тому оцінити ефективність (чи безпечність) їх довготривалого застосування неможливо.
    - У осіб старше 60 років недоліки довготривалого застосування снодійних засобів перевищують їх корисні ефекти.
    - Похідні бензодіазепінового ряду (золпідем та зопіклон) не порушують структури сну настільки, як це роблять бензодіазепіни.
    - У якості альтернативи можна використовувати седативні антидепресанти в малих дозах (доксепін, триміпрамін, міртазапін, тразодон).
- Коментар експерта. Лікарський засіб триміпрамін станом на 11.02.2019 в Україні не зареєстрований*
- Антипсихотики застосовують для лікування безсоння, пов'язаного із психотичними розладами.
  - Мелатонін ефективний при хронічному первинному безсонні. Його потрібно приймати в один і той самий час щовечора.

## Підхід до лікування

- Транзиторне (<1 місяця) та короткотривале (1-3 місяці) безсоння
  - Виявлення та усунення причини безсоння (наприклад, підтримка в кризовій життєвій ситуації, за необхідності - короткотривала відпустка в зв'язку із хворобою)
  - Немедикаментозне лікування варто розпочинати у випадку, коли симптоми безсоння не проходять.
  - Якщо гарної гігієни сну недостатньо, то варто розпочинати короткий курс лікування снодійними препаратами.
- Хронічне первинне безсоння (>3 місяців; часто функціональне безсоння чи безсоння з ознаками функціонального)
  - Методом вибору є когнітивно-поведінкова терапія, оскільки вона впливає на підтримувальні фактори, а її ефективність зберігається навіть за припинення лікування.
  - Немедикаментозне лікування можна з успіхом впроваджувати на етапі первинної медичної допомоги.
  - Лікування супутньої основної патології може також розглядатись, як лікування безсоння (наприклад, застосування антидепресанта у випадку депресії, анальгетика у випадку больового синдрому чи агоніста дофаміну у випадку синдрому неспокійних ніг).

## Пов'язані ресурси

- Огляди доказових даних [\[пов'язані L00355 |Insomnia – Related resou...\]](#)

## Джерела інформації

R1. Kronholm E, Partonen T, Härmä M et al. Prevalence of insomnia-related symptoms continues to increase in the Finnish working-age population. J Sleep Res 2016;25(4):454-7.

[\[PubMedID|26868677\]](#)

R2. Edinger JD, Carney CE. Overcoming Insomnia: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach. Workbook. 2nd edition. Oxford University Press 2014.

R3. Morgenthaler T, Kramer M, Alessi C, et al; American Academy of Sleep Medicine. Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An american academy of sleep medicine report. Sleep 2006 Nov 1;29(11):1415-9. [\[PubMedID|17162987\]](#)

## Настанови

- [Настанова 00931](#). Хронічний біль.
- [Настанова 00170](#). Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба.
- [Настанова 00123](#). Хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).
- [Настанова 00088](#). Хронічна серцева недостатність.
- [Настанова 00246](#). Benign prostatic hyperplasia.
- [Настанова 00550](#). Менопаузальні симптоми та гормональна терапія.
- [Настанова 00513](#). Hyperthyroidism.
- [Настанова 00143](#). Апноє уві сні у дорослих.

## Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 05651](#). Acupuncture for insomnia.  
Дата оновлення: 2012-09-28  
Рівень доказовості: D  
Резюме: There is insufficient evidence on the effect of needle acupuncture and its variants on insomnia.
- [Доказовий огляд 02528](#). Psychological treatments for insomnia.  
Дата оновлення: 2006-08-09  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Psychological (cognitive behavioural) interventions may be more effective than no intervention or zopiclone for improving sleep in patients with insomnia.
- [Доказовий огляд 04967](#). Sedative hypnotics in older people with insomnia.  
Дата оновлення: 2006-02-13  
Рівень доказовості: C  
Резюме: Sedative hypnotics in people aged >60 years may increase sleep time by 25 min and reduce the number of night time awakenings by one third in short-term use, but the number needed to harm by any adverse event may be as low as 6.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

---

Ідентифікатор: ebm00710    Ключ сортування: 035.008    Тип: EBM Guidelines

---

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-08-24

---

Автор(и): Christer Hublin    Автор(и) попередніх версій статті: Erkki Syvälahti    Редактор(и): Sari Atula  
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian Lampe    Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd  
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

---

Навігаційні категорії  
EBM Guidelines    Psychiatry    Pharmacology    Neurology

---

Ключові слова індексу



---

mesh: Depression    mesh: rebound anxiety    mesh: rebound insomnia    mesh: Behavior, Addictive    mesh: benzodiazepines  
mesh: insomnia    mesh: difficulty falling asleep    mesh: Sleep Apnea Syndromes  
mesh: Sleep Initiation and Maintenance Disorders    mesh: sleep hygiene    mesh: Fatigue    mesh: zaleplon  
mesh: Sleep Disorders    Sleep    mesh: Substance Withdrawal Syndrome    speciality: Neurology    icpc-2: P06  
speciality: Pharmacology    speciality: Psychiatry