

Одобрено  
Объединенной комиссией  
по качеству медицинских услуг  
Министерства здравоохранения  
Республики Казахстан  
от «07» декабря 2023 года  
Протокол №196

## КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

### НАРУШЕНИЕ СНА У ВЗРОСЛЫХ

#### 1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

##### 1.1 Код (ы) МКБ-10:

Код	Название
F51	Расстройства сна неорганической этиологии
F51.0	Бессонница неорганической этиологии
F51.1	Сонливость [гиперсомния] неорганической этиологии
F51.2	Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии
F51.3	Снохождение [сомнамбулизм]
F51.4	Ужасы во время сна [ночные ужасы]
F51.5	Кошмары
F51.8	Другие расстройства сна неорганической этиологии
F51.9	Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное
G47	Расстройства сна
G47.0	Нарушения засыпания и поддержания сна [бессонница]
G47.1	Нарушения в виде повышенной сонливости [гиперсомния]
G47.2	Нарушения цикличности сна и бодрствования
G47.3	Апноэ во сне
G47.4	Нарколепсия и катаплексия
G47.8	Другие нарушения сна. Синдром Клейне-Левина
G47.9	Нарушение сна неуточненное
E66.2	Крайняя степень ожирения, сопровождаемая альвеолярной гиповентиляцией

##### 1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2023 год.

##### 1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

МРТ	–	магнитно-резонансная томография
ПСГ	–	полисомнография
РКИ	–	рандомизированные контролируемые исследования
КПТ-И	–	когнитивно-поведенческая терапия инсомнии
СИПАП (CPAP) терапия	–	Constant Positive Airway Pressure – метод создания постоянного положительного давления в верхних дыхательных путях

ICSD-3	–	Международная классификация расстройств сна
АГ	–	артериальная гипертензия
ОА	–	обструктивное апноэ
ЦА	–	центральное апноэ
АД	–	артериальное давление
ДАД	–	диастолическое артериальное давление
ТТГ	–	тиреотропный гормон
МРТ	–	магнитно-резонансная томография
КТ	–	компьютерная томография
СОАС	–	синдром обструктивного апноэ сна
ИАГ	–	индекс апноэ/гипопноэ

**1.4 Пользователи протокола:** врачи общей практики, терапевты, кардиологи, эндокринологи, неврологи, психотерапевты, психиатры, отоларингологи, врачи скорой и неотложной медицинской помощи.

**1.5 Категории пациентов:** взрослые.

**1.6 Шкала уровня доказательности:**

<b>А</b>	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>В</b>	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортных или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
<b>С</b>	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты, которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++) или (+), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
<b>Д</b>	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

**1.7 Определение:** <sup>[20]</sup>

**Инсомния (бессонница)** определяется как трудности с началом или поддержанием сна, или ранним утренним пробуждением, которое приводит к неудовлетворенности количеством или качеством сна.

**1.8 Классификация инсомний:** <sup>[1,4]</sup>

**По течению:**

- острые (транзиторные) – несколько ночей;
- подострые (кратковременные) – от нескольких дней до 3 месяцев;

- хронические – свыше 3 месяцев.

### **По степени выраженности:**

- слабо выраженная инсомния, когда жалобы возникают почти каждую ночь и сопровождаются незначительным ухудшением социальных и профессиональных функций;
- умеренно выраженная, когда жалобы присутствуют каждую ночь и сопровождаются слабо или умеренно выраженным ухудшением социальных и профессиональных функций;
- выраженная, когда жалобы возникают каждую ночь и сочетаются с выраженным ухудшением социальных и профессиональных функций.

### **По причинам возникновения и обусловленности другим болезненным процессом делят инсомний на:**

- первичные;
- вторичные.

В МКБ-10 инсомнии различаются по этиологической причине: выделяют бессонницу органической этиологии, подразумевающую наличие неврологического дефицита и неорганической этиологии, как психиатрического расстройства.

В ICSD-3 выделяют следующие основные подтипы инсомний по этиологии:

**Психофизиологическая** - определяется как приобретенные нарушающие сон ассоциации, приводящие к нарушениям ночного сна и снижению эффективности дневного бодрствования. Ключевым свойством этой формы инсомнии является формирование «боязни сна», точнее, «боязни не заснуть» в определенных ситуациях, чаще в обычном месте для сна. Характерной чертой для этой формы инсомнии является улучшение сна при пребывании в других, непривычных местах — чужом доме, гостинице.

**Адаптационная** - чаще всего возникает на фоне острого стресса, конфликта, смены места жительства. При этом происходит повышение общей активности ЦНС и непосредственно, повышается тонус симпатической нервной системы. Увеличивается время вхождения в сон, и появляются частые ночные пробуждения. Длится адаптационная инсомния не более 3-х месяцев.

**Идиопатическая** - достаточно редко встречается идиопатическая инсомния, чаще этот диагноз ставится при невозможности установить причину нарушений сна, начавшихся в раннем детстве, без очевидной причины и присутствующих в течение жизни пациента без существенных периодов улучшения.

**Парадоксальная** (агнозия сна). Продолжительность ночного сна и жалобы, не соответствуют объективно регистрируемым показателям по данным ПСГ и степени их нарушения. При этой инсомнии главной жалобой пациента является полное или почти полное отсутствие ночного сна в течение длительного времени (не менее 1 мес.), но при проведении исследования сна выявляется несоответствие заявляемой продолжительности сна реальной не меньше чем на 50%.

**Нарушение гигиены сна** - инсомния вследствие нарушения гигиены сна, развивается при наличии поведения, которое приводит к повышению активации

нервной системы в периоды, предшествующие укладыванию. Это может быть употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время, укладывание в различное время суток, использование яркого света в спальне, сменный график работы.

**Инсомния при психических расстройствах** - чаще всего инсомнией сопровождаются депрессивные и тревожные расстройства. Нарушения сна могут быть как основной (а иногда и единственной) жалобой, маскирующей депрессию, так и одним из многих ее симптомов. «Разорванный сон» или раннее утреннее пробуждение наряду с уменьшением способности к эмоциональному резонансу могут служить указанием на наличие депрессии и при отсутствии тоскливого настроения.

**Инсомния при приеме лекарственных и других препаратов** (в том числе, с психотропным эффектом) - нарушения сна развиваются в период приёма, воздействия или отмены лекарственного препарата или иного вещества (алкоголь, наркотические средства).

**Вторичная инсомния**, развивающаяся на фоне неврологической и соматической патологии. При соматических заболеваниях инсомния вторичного характера чаще развивается, когда эти состояния сопровождаются выраженным болевым синдромом, — при остеоартрозе, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, холецистите. Нарушения сна по типу инсомнии значительно чаще отмечаются у больных ишемической болезнью сердца, бронхиальной астмой, урологической патологии и при сахарном диабете.

Из заболеваний нервной системы инсомния вторичного характера часто встречается при болезни Паркинсона, болезни Альцгеймера, неврологических осложнениях остеохондроза позвоночника.

В практике чистых изолированных форм инсомнии не встречается, как правило у одного пациента сочетаются несколько факторов.

**Нарушения дыхания во сне (центральное, обструктивное апноэ, смешанное)** – это регулярное прекращение легочной вентиляции, длительностью более чем на 10 секунд, сопровождающееся частыми ночными пробуждениями и дневной сонливостью, гипоксией, гиперкапнией, метаболическими нарушениями. Являются факторами риска заболеваний сердечно-сосудистой системы – АГ, ИБС, инсульта, инфаркта миокарда, диабета, ожирения, внезапной сердечной (в том числе, младенческой) смерти.

**Центральное апноэ во сне** – прекращение легочной вентиляции в связи с отсутствием дыхательных движений, связанное с центральными стволовыми нарушениями механизмов регуляции дыхания. Осложнениями длительных ЦА являются развитие легочной гипертензии и правожелудочковой недостаточности.

**Обструктивное апноэ во сне** – связано с врожденным или приобретенным сужением верхних дыхательных путей (чаще на уровне ротоглотки). Эпизоды апноэ сопровождаются сильными звуковыми феноменами храпа, подъемом АД в ранние утренние часы, утренней головной болью, частыми ночными мочеиспусканиями, повышением ДАД в утренние часы. В 10% случаев при ОА развивается легочная гипертензия с правожелудочковой недостаточностью, хронической гиперкапнией и гипоксией. В сочетании с ожирением ОА представляют собой «синдром ожирения-гиповентиляции».

Золотым стандартом лечения апноэ является так называемая СИПАП (SIPAP) и БИПАП (BiPAP)-терапия. Выполняется с помощью специальных лечебных дыхательных аппаратов, нагнетающих воздух и создающих постоянное положительное давление в верхних дыхательных путях.

**Гиперсомния (повышенная сонливость) центрального происхождения** – врожденные (нарколепсия) и приобретенные формы (на фоне органической и неорганической природы заболеваний головного мозга).

**Парасомнии** – разнотипные пароксизмальные состояния, возникающие в период сна, в период непосредственно засыпания или пробуждения. Большинство парасомний имеют четкую зависимость от фаз сна. Например, снохождение возникает в фазу медленного сна, а кошмарные сновидения - в фазу быстрого сна.

**Нарушения движений во сне.** Включают простые двигательные события, локализованные в 1-2 мышечных группах (бруксизм – скрежет зубами) или распространённые на конечность (синдром беспокойных ног). Так и сложные поведенческие акты (вздрагивание при засыпании). Часть из них относятся к нормальным феноменам сна (доброкачественные миоклонии сна), часть - к патологическим (миоклонии в рамках нарколепсии).

**Нарушения сна, связанные с соматическими, неврологическими заболеваниями и неуточненной природы.**

## **2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ <sup>[1-7]</sup>:**

### **2.1 Диагностические критерии:**

#### **Жалобы:**

- жалобы на трудности инициации сна (пресомнические расстройства);
- жалобы на нарушения поддержания достаточной продолжительности и глубины сна (интрасомнические расстройства);
- жалобы на ранние пробуждения с невозможностью заснуть (постсомнические расстройства);
- указания на громкий храп с остановками дыхания более 10 секунд;
- повышенная дневная сонливость без/с эпизодами засыпания, несмотря на наличие всех условий для сна;
- произвольные и непроизвольные ночные мочеиспускания;
- внезапная утрата мышечного тонуса при пробуждении;
- гипнагогические (при засыпании) и гипнапомпические (при пробуждении) галлюцинации;
- вздрагивания всего тела или отдельных частей в момент засыпания и/или при пробуждении;
- скрежет зубами во сне;
- хождение с выполнением действий во сне;
- речь во сне;
- спутанность сознания, дезориентация;
- беспокойный сон, плач во сне;
- указания на неприятные множественные сновидения;
- головные боли, головокружения;

- эмоциональные и поведенческие расстройства (гиперактивность, импульсивность, агрессивность);
- усталость/недомогание;
- ухудшение внимания, концентрации и памяти;
- нарушение социальной, семейной и профессиональной деятельности;
- снижение мотивации активности, инициативности;
- тенденция к частому совершению ошибок, попаданию в ДТП;
- беспокойность собственным сном и/или неудовлетворённость им.

**Анамнез:** <sup>[5]</sup>

**Сомнологический статус:**

Проводится уточнение/определение у пациента следующих данных:



**В ICSD-3 инсомния делится по длительности – на острую и хроническую с временным интервалом в 3 месяца.**

Если симптомы бессонницы длятся более 3 месяцев, то необходимо дополнительно выявить у пациента 5 необходимых для постановки данного диагноза пунктов:

- ✓ трудности инициации и поддержания сна;
- ✓ связанные с этим нарушения эмоционального и физического состояния в дневное время (сонливость, нарушение внимания и т.д.);
- ✓ при этом имеются все условия для сна;

- ✓ данные нарушения случаются не менее 3 раз в неделю;
- ✓ нет других причин для бессонницы.

**Заполнение анкет по сну** – позволяет выявить продолжительность сна, а также возможные дисфункциональные представления о сне: 2-недельный дневник сна (приложение №1), Питсбургский опросник сна (Приложение №2), шкала сонливости Эпворта (Приложение №3) [21].

Анализ анкеты сна позволяет выявить определенный хронотип, культуральные особенности, особенности работы, влияние приема лекарств и других веществ, разное время отхождения ко сну и пробуждения.

#### **Физикальное обследование:**

- отеки под глазами;
- сухость во рту при пробуждении;
- повышение АД, пульса в ночное время или с утра;
- гиперемия склер.

#### **Лабораторные исследования:** [6]

Для оценки хронической бессонницы не требуется рутинного проведения лабораторных анализов.

Выбор необходимых исследований зависит от предположительного диагноза, на основании клинических признаков.

#### **Инструментальные исследования:** [7]

##### **Основные инструментальные исследования:**

- **Полисомнография** – основной метод, используемый для диагностики любых нарушений сна. Выявляет качественные и количественные нарушения сна. Проводится во время ночного сна, когда при помощи различных датчиков собирается и анализируется в последующем вся информация (ЭЭГ, ЭОГ, ЭМГ, ЭКГ, дыхание, насыщение крови кислородом).

##### **Дополнительные инструментальные исследования:**

- **Офтальмоскопия** - для исключения синдрома внутричерепной гипертензии (отек диска зрительного нерва, расширение вен, сужение артерий);
- **МРТ/КТ головного мозга** – по показаниям для исключения признаков органического поражения мозга;
- **ЭКГ:** различные признаки нарушения ритма сердца, часто сопровождающие апноэ сна;
- **Актиграфия** – носимый на руке датчик регистрирует продолжительность сна и уровень освещения. Помогает определить длительность сна, количество двигательной активности во сне, неточно – показатели сатурации.

##### **Метод ПСГ позволяет выявить клинические состояния:**

- **Инсомния** – проведение ПСГ выявляет нарушения цикличности и фазности сна. Не показана для подтверждения диагноза хронической инсомнии. Используется

для исключения нарушений сна (различные синдромы апноэ сна, двигательные нарушения во сне, лобная эпилепсия).

- **Нарушения дыхания во сне у взрослых (центральное, обструктивное апноэ/гипопноэ)** – количество апноэ/гипопноэ длительностью 10 секунд, с эпизодами десатурации 94% и ниже, более превышает 5 эпизодов за 1 час сна.
- **Расстройства движений во сне (бруксизм, миоклонии)** – при ПСГ регистрируются патологическая активность различных групп мышц в 1,2 стадиях медленного сна и быстром сне.
- **Синдром беспокойных ног** – при полисомнографии выявляются частые стереотипные движения конечностями, более 5 эпизодов в час, нарушение макро- и микроструктуры сна.
- **Парасомнии** – при нарушениях выявляются в медленную или быструю фазу сна.

### **Показания для консультации специалистов:**

- **консультация нейрохирурга** – с целью проведения дифференциальной диагностики, при неэффективности консервативной терапии решение вопроса о возможном хирургическом вмешательстве;
- **консультация офтальмолога** – с целью диагностики и коррекции патологии зрения и профилактики осложнений, для проведения дифференциальной диагностики;
- **консультация кардиолога** – с целью проведения дифференциальной диагностики первичных кардиологических нарушений;
- **консультация психотерапевта** – с целью диагностики, коррекции и профилактики психопатологических состояний;
- **консультация оториноларинголога** – с целью проведения дифференциальной диагностики при обструктивном апноэ и возможном хирургическом лечении;
- **консультация пульмонолога** – с целью дифференциальный диагноз нарушений дыхательной системы;
- **консультация челюстно-лицевого хирурга** – при подозрении на расстройства дыхания во сне и выявления врожденных аномалий челюстно-лицевой системы;
- **консультация epileптолога** – для исключения различных форм эпилепсии.

### **2.2 Диагностический алгоритм: нет.**

### **2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:**

<b>Диагноз</b>	<b>Обоснование для дифференциальной диагностики</b>	<b>Обследования</b>	<b>Критерии исключения диагноза</b>
Лобная эпилепсия, парасомнии	При проведении дифференциального диагноза между парасомниями и эпилепсией	- Длительный ночной видео-ЭЭГ мониторинг с записью ночного физиологического сна - ПСГ	Наличие в ЭЭГ эпилептиформной активности, эпилептических паттернов
СОАС	При проведении дифференциального	- ПСГ	Наличие на ПСГ постоянной

	диагноза между первично легочными, кардиологическими заболеваниями		десатурации, нарушений ритма сердца, не связанных с апноэ
Депрессия	Нарушения сна имеют вторичный характер, обоснованием является проведение дифференциальной диагностики между парасомниями и депрессией	Консультация психиатра, оценка по опросникам депрессии для обоснования консультации психиатра.  Для первичного скрининга на уровне ПМСП могут быть использованы следующие инструменты оценки: Шкала депрессии Бека (Beck Depression Inventory: BDI) и PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) (Приложение №4, №5). Оценка по шкале не является диагнозом и должна быть рассмотрена как одно из оснований назначения консультации психиатра.	Критерием исключения диагноза является заключение психиатра о наличии депрессии

### 3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-3, 8-16]:

#### 3.1 Немедикаментозное лечение:

Включает рекомендации по модификации образа жизни – соблюдение режима труда и отдыха, обучение по гигиене сна, работа со стрессовыми ситуациями и повышением стрессоустойчивости, отказ от кофе, курения, музыкотерапия [12,13].

Хорошо зарекомендовали себя нелекарственные методы лечения – психотерапия, биологическая обратная связь [14,15].

При хронической инсомнии – когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [1,8].

#### Терапия парасомний и нарушений движения во сне [8]:

- создание безопасных условий для сна;
- симптоматическое медикаментозное лечение, в зависимости от вида нарушений.

#### 3.2 Медикаментозное лечение:

##### Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов:

Для пациентов с трудностями поддержания сна, подходят снотворные с более длительным периодом полураспада, которые уменьшают эпизоды просыпания, в том числе и лекарственные формы, увеличивающие продолжительность действия препарата. К ним относятся золпидем (пероральные и сублингвальные препараты с пролонгированным высвобождением) и зопиклон [1-3,8].

Новые небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов, такие как зопиклон, залеплон и золпидем, более безопасны для длительного использования и предпочтительнее традиционных бензодиазепинов [1-3,8]. Данную группу следует с осторожностью применять у пациентов с лекарственно-

индуцированной повышенной активностью во время сна <sup>[19]</sup>.

Снотворные средства можно использовать отдельно или в сочетании с немедикаментозной терапией. Эти препараты (зопиклон, залеплон) также уменьшают время засыпания и могут быть препаратами выбора для пациентов с проблемами засыпания.

➤ Новые агонисты бензодиазепиновых рецепторов столь же эффективны, как и бензодиазепины.

➤ Агонисты бензодиазепиновых рецепторов эффективны при краткосрочном лечении бессонницы ( $\leq 4$  недель).

➤ Агонисты бензодиазепиновых рецепторов с более коротким периодом полураспада имеют меньше побочных эффектов, связанных с седацией по утрам.

➤ Длительное лечение бессонницы с помощью агонистов бензодиазепиновых рецепторов также обычно не рекомендуется из-за возможных побочных эффектов.

➤ Пациентам, принимающим лекарства ежедневно, настоятельно рекомендуется переход на прерывистый прием.

### **Лекарственные средства других фармакологических групп, применяемые для терапии нарушений сна:**

Мелатонин рекомендован при нарушениях сна, вызванных синдромом отсроченной фазы сна-бодрствования (нарушение циркадного ритма сна-бодрствования) или у пациентов с низким уровнем эндогенного мелатонина, например, у пожилых пациентов. Не вызывает привыкания и зависимости, также безопасен при длительном применении до 13 недель <sup>[9, 10]</sup>.

### **Выбор лекарственного средства при различных состояниях, связанных с нарушением сна:**

#### **Трудности с засыпанием <sup>[1-3]</sup>**

• залеплон: 5-10 мг перорально один раз в день перед сном, максимум 20 мг / день.

Курс не должен превышать 5 недель

#### **ИЛИ**

• зопиклон: 7,5 мг перорально один раз в день перед сном. Курс не должен превышать 5 недель

#### **Нарушения, связанные с трудностью поддержания сна или раннее пробуждение <sup>[1-3]</sup>**

• зопиклон: 7,5 мг перорально один раз в день перед сном. Курс не должен превышать 5 недель.

#### **Нарушения, вызванные синдромом отсроченной фазы сна-бодрствования (нарушение циркадного ритма сна-бодрствования) <sup>[9-10]</sup>:**

• Мелатонин: 3-6 мг один раз в день за 30-40 мин перед сном. Длительность применения определяется сохраняющимися условиями нарушения циркадного ритма <sup>[16]</sup>.

У пациентов с коморбидной депрессией снотворные средства эффективны при использовании в сочетании с антидепрессантами <sup>[11]</sup>. У пациентов с сопутствующим выраженным тревожным состоянием было показано, что

снотворные средства эффективны при использовании в сочетании с анксиолитиками. [11]

**Таблица 1 - Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

<i>Фармакотерапевтическая группа</i>	<i>Лекарственные средства (МНН)</i>	<i>Способ и длительность применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов	Зопиклон	7,5 мг внутрь перед сном. Длительность приема до 5 недель	В [1-3,8,18]
	Залеплон	5-20 мг внутрь перед сном. Длительность приема до 5 недель	В [1-3,8,18]

**Таблица 2 - Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

<i>Фармакотерапевтическая группа</i>	<i>Лекарственные средства (МНН)</i>	<i>Способ и длительность применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Агонисты мелатонина	Мелатонин	3-6 мг один раз в день за 30-40 мин перед сном. Длительность приема не более 13 недель.	В [8-10]

**3.3 Хирургическое вмешательство:** нет.

**3.4 Дальнейшее ведение:** пациенты с тяжелыми формами нарушения сна требуют мониторинга (не реже 1 раза в месяц) на амбулаторном уровне специалистами (сомнологи, неврологи). Для длительного фармакологического лечения бессонницы можно рассмотреть стратегии прерывистого дозирования.

**3.5 Индикаторы эффективности лечения:**

- повышение качества сна – измеримые шкалы качества жизни - Питсбургский индекс качества сна (хороший сон при сумме баллов меньше 5);
- повышение качества жизни (шкала оценки качества жизни);
- отсутствие нежелательных эффектов или минимальный дискомфорт от приема снотворных средств.

**4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ [1-3, 8-19]:**

**4.1 Показания для плановой госпитализации:**

- нарушение засыпания более 10 дней - отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;
- необходимость СИПАП - терапии (лечение постоянным положительным давлением в дыхательных путях), показания: апноэ во сне тяжелая форма (ИАГ>5).

**4.2 Показания для экстренной госпитализации:** нет.

## **5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1-3,8-16]:**

### **5.1 Немедикаментозная лечения:**

- неинвазивная вентиляция легких методами СИПАП и БИПАП-терапии, у пациентов с тяжелой формой нарушения сна (обструктивной инсомнии), выявляемой на ПСГ.

### **5.2 Медикаментозное лечение:**

#### **Бензодиазепины [2,3,11]**

Бензодиазепины эффективны при краткосрочном лечении бессонницы ( $\leq 4$  недель). Длительное лечение бессонницы с помощью бензодиазепинов не рекомендуется из-за отсутствия доказательств и возможных побочных эффектов. При бессоннице, связанной с тревогой, ажитацией по поводу предстоящей операции или при коморбидных состояниях у пациентов.

**Таблица 3 - Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

<i>Фармакотерапевтическая группа</i>	<i>Лекарственные средства (МНН)</i>	<i>Способ и длительность применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Агонисты бензодиазепиновых рецепторов	Диазепам	5-20 мг внутрь, в/м перед сном. Применяют эпизодически в стационарных условиях под контролем АД и ЧД	A [2,3,11]
	Оксазепам	15-50 мг внутрь перед сном. Применяют эпизодически в стационарных условиях под контролем АД и ЧД	A [2,3,11]
	Флуразепам*	от 15 до 30 мг внутрь перед сном. Применяют эпизодически в стационарных условиях под контролем АД и ЧД	A [2,3,11]
Небензодиазепиновые агонисты бензодиазепиновых рецепторов	Зопиклон	7,5 мг внутрь перед сном. Курс может составлять несколько недель	B [1-3,8-18]
	Залеплон	5-20 мг внутрь перед сном. Курс может	B [1-3,8-18]

		составлять несколько недель	
	Золпидем*	5-10 мг внутрь перед сном. Курс может составлять несколько недель	В [1-3,8-18]

\*-лекарственные средства, не зарегистрированные в Республике Казахстан

**Таблица 4 - Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения):**

<i>Фармакотерапевтическая группа</i>	<i>Лекарственные средства (МНН)</i>	<i>Способ и длительность применения</i>	<i>Уровень доказательности</i>
Агонисты мелатонина	Мелатонин	3-6 мг один раз в день за 30-40 мин перед сном. Длительность приема не более 13 недель.	В [8-10]

**5.3 Хирургическое вмешательство:** вопрос о хирургическом лечении рассматривается в случае наличия механических препятствий, вызывающих частые апноэ во сне.

**5.4 Дальнейшее ведение:** пациенты с тяжелыми формами нарушения сна требуют мониторинга (не реже 1 раза в 4-5 недель) на амбулаторном уровне специалистами (сомнологи, неврологи). Если симптомы бессонницы повторяются после ослабления снотворного эффекта через 4-5 недель (и бессонница не реагирует на когнитивно-поведенческие методы лечения, такие как КПТ-И), пациенту может потребоваться осмотр специалиста (например, сомнолога) перед принятием решения о длительной терапии снотворными средствами (через 4-5 недель).

### **5.5 Индикаторы эффективности лечения:**

- Повышение качества сна – измеримые шкалы качества жизни – оценку по шкале PSQI (Приложение №6) (хороший сон при сумме баллов меньше 5).
- Повышение качества жизни (шкала оценки качества жизни).
- Отсутствие нежелательных эффектов или минимальный дискомфорт от приема снотворных.

## **6. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:**

### **6.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:**

1) Байдаулетова Алия Иманалиевна – кандидат медицинских наук, медицинский центр «Нейроклиника», врач невролог, сомнолог.

2) Нургужаев Еркын Смагулович – доктор медицинских наук, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», профессор кафедры нервных болезней, Президент общественного объединения «Ассоциация неврологов».

- 3) Джамантаева Ботагоз Даукимкызы – кандидат медицинских наук, профессор, АО «Национальный центр нейрохирургии», исполняющая обязанности заведующей кафедры нейрохирургии и невропатологии, невролог.
- 4) Бакыбаев Дидар Ержомартович – АО «Центральная клиническая больница», клинический фармаколог.

**6.2 Указание на отсутствие конфликта интересов:** нет.

### **6.3 Рецензенты:**

- 1) Туруспекова Сауле Тлеубергеновна – главный внештатный невролог Министерства здравоохранения Республики Казахстан, доктор медицинских наук, НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», заведующая кафедрой нервных болезней.
- 2) Ешимбетова Саида Закировна – доктор медицинских наук, профессор, НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», заведующая кафедрой психиатрии и наркологии.

**6.4 Указание условий пересмотра протокола:** пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

### **6.5 Список использованной литературы:**

- 1) Insomnia (clinical pathway), BMJ Best practice online resource. This topic was updated Jun 15, 2021 <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/227/treatment-algorithm>
- 2) Riemann, D., Baglioni, C., Bassetti, C., Bjorvatn, et al. (2017), European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. J Sleep Res, 26: 675-700. <https://doi.org/10.1111/jsr.12594>
- 3) Qaseem A, Kansagara D, Forcica MA, et al. Management of chronic insomnia disorder in adults: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2016 Jul 19;165(2):125-33
- 4) О. Kurushina, E. Kurakova, S. Ryazantseva / Diagnosis and treatment of insomnia/Medicinal bulletin 2(54) 2014 Volume 8
- 5) Полуэктов М.Г., Центерадзе С.Л. Современные представления о синдроме инсомнии с учетом требований Международной классификации расстройств сна и подходы к ее лечению. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014;114(11):92-97.
- 6) Общество доказательной неврологии <https://evidence-neurology.ru/evidentiary-medicine/nosology/sleep-disorders/opredelenie/>
- 7) Agaltsov M.V. Polysomnography or cardiorespiratory monitoring - what to choose for an exceptional diagnosis of individual breathing during sleep? Arterial hypertension. 2019;25(6):604-612.
- 8) Sue Wilson, Kirstie Anderson et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders: An update\\Journal of Psychopharmacology 2019, Vol. 33(8) 923–947
- 9) Factsheet Melatonin Preparations Unlicensed indications approved by the North Central London Joint Formulary Committee: [https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Interface\\_prescribing/FS\\_Melatonin.pdf](https://www.ncl-mon.nhs.uk/wp-content/uploads/Interface_prescribing/FS_Melatonin.pdf).

- 10) Poza JJ, Pujol M, Ortega-Albás JJ, Romero O; en representación del Grupo de estudio de insomnio de la Sociedad Española de Sueño (SES). Melatonin in sleep disorders. *Neurologia (Engl Ed)*. 2018 Nov 19;S0213-4853(18)30200-7. English, Spanish. doi: 10.1016/j.nrl.2018.08.002. Epub ahead of print. PMID: 30466801.
- 11) Everitt H, Baldwin DS, Stuart B, et al. Antidepressants for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018 May 14;(5):CD010753.
- 12) Chung KF, Lee CT, Yeung WF, et al. Sleep hygiene education as a treatment of insomnia: a systematic review and meta-analysis. *Fam Pract*. 2018 Jul; 35(4):365-75.
- 13) Jespersen KV, Koenig J, Jennum P, et al. Music for insomnia in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Aug 13;(8):CD010459
- 14) Lee SH, Lim SM. Acupuncture for insomnia after stroke: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complement Altern Med*. 2016 Jul 19;16:228.
- 15) Cao HJ, Yu ML, Wang LQ, et al. Acupuncture for primary insomnia: an updated systematic review of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med*. 2019 May; 25(5):451-74
- 16) Melatonin for jet lag. *Drug Ther Bull*. 2020 Feb;58(2):21-4
- 17) Ellis JG, Cushing T, Germain A. Treating acute insomnia: a randomized controlled trial of a "single-shot" of cognitive behavioral therapy for insomnia. *Sleep*. 2015 Jun 1;38(6):971-8.
- 18) NICE 2021 Guidance on the use of zaleplon, zolpidem and zopiclone for the short-term management of insomnia <https://www.nice.org.uk/guidance/ta77>
- 19) Dyer O. FDA issues black box warnings on common insomnia drugs. *BMJ*. 2019 May 10;365:12165.
- 20) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013 (updated 2018).
- 21) Backhaus J, Junghanns K, Broocks A, Riemann D, Hohagen F. Test-retest reliability and validity of the Pittsburgh Sleep Quality Index in primary insomnia. *J Psychosom Res*. 2002 Sep;53(3):737-40. doi: 10.1016/s0022-3999(02)00330-6. PMID: 12217446.



Питтсбургский опросник сна (шкала PSQI)

**ПИТТСБУРГСКИЙ ОПРОСНИК НА ОПРЕДЕЛЕНИЕ ИНДЕКСА КАЧЕСТВА СНА (PSQI)**

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_

**Инструкции:**

Следующие вопросы касаются Вашего сна в течение прошедшего МЕСЯЦА. Ваши ответы должны отражать наиболее подходящую ситуацию для большинства дней и ночей за прошедший месяц. Пожалуйста, ответьте на все вопросы.

**1. В какое время Вы обычно ложились спать в течение последнего месяца?**

ОБЫЧНОЕ ВРЕМЯ ОТХОДА КО СНУ \_\_\_\_\_

**2. Сколько времени (минут) Вам обычно требовалось, чтобы заснуть (в течение последнего месяца)?**

КОЛИЧЕСТВО МИНУТ \_\_\_\_\_

**3. В какое время Вы обычно просыпались в течение последнего месяца?**

ОБЫЧНОЕ ВРЕМЯ ПОДЪЕМА \_\_\_\_\_

**4. Сколько часов в среднем Вы спали за ночь в течение последнего месяца? (количество часов может отличаться от количества времени, проведенного в постели).**

КОЛИЧЕСТВО ЧАСОВ СНА ЗА НОЧЬ \_\_\_\_\_

Для каждого из оставшихся вопросов выберите один наиболее подходящий ответ. Пожалуйста, ответьте на *все* вопросы.

**5. В течение прошедшего месяца как часто у Вас были проблемы со сном, потому что Вы...**

**(а) не могли уснуть в течение 30 минут**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(б) просыпались в середине ночи или под утро**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(в) были вынуждены вставать, чтобы воспользоваться ванной комнатой**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(г) не могли свободно дышать**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(д) кашляли или громко храпели**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(е) чувствовали, что холодно**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(ж) чувствовали, что жарко**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(з) видели плохие сны**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(и) испытывали боль**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(к) Другая(ие) причина(ы), пожалуйста, напишите \_\_\_\_\_**

**Как часто за прошедший месяц у Вас были проблемы со сном из-за этой причины?**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**6. Как бы Вы охарактеризовали качество Вашего сна за последний месяц?**

Очень хорошее	<input type="checkbox"/>
Достаточно хорошее	<input type="checkbox"/>
Скорее плохое	<input type="checkbox"/>
Очень плохое	<input type="checkbox"/>

**7. За прошедший месяц как часто Вы принимали лекарства, которые помогают уснуть?**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**8. Как часто за прошедший месяц Вам было сложно оставаться бодрствующим во время вождения автомобиля, после приема пищи или в процессе социальной деятельности?**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**9. За прошедший месяц насколько сложно было Вам сохранять достаточный настрой на то, чтобы сделать все дела?**

Совсем не сложно	<input type="checkbox"/>
Лишь чуть-чуть сложно	<input type="checkbox"/>
Несколько сложно	<input type="checkbox"/>
Очень сложно	<input type="checkbox"/>

**10. Есть ли у Вас партнер, с которым делите постель, или сосед по комнате?**

Нет, проживаю один(на) в комнате	<input type="checkbox"/>
Партнер /сосед живут в другой комнате	<input type="checkbox"/>
Партнер /сосед в той же комнате, в другой постели	<input type="checkbox"/>
Делим одну постель (с партнером)	<input type="checkbox"/>

**11. Если у Вас есть половой партнер или сосед по комнате, спросите его/ее, как часто за прошедший месяц у Вас были...**

**(а) Громкий храп.**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(б) Длительные задержки дыхания во время сна.**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(в) Подергивания ногами во время сна.**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(г) Эпизоды дезориентации или замешательства в период сна.**

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

**(д) Другие проявления беспокойства во время Вашего сна: пожалуйста, опишите**

\_\_\_\_\_

Ни разу в течение последнего месяца <input type="checkbox"/>	Менее, чем один раз в неделю <input type="checkbox"/>	Один или два раза в неделю <input type="checkbox"/>	Три или более раз в неделю <input type="checkbox"/>
--	---	---	---

## Шкала сонливости Эпворта

## EPWORTH SLEEPINESS SCALE

## Шкала сонливости Эпворта (Epworth)

**Насколько вероятно то, что вы можете задремать или уснуть в ситуациях, описанных ниже, по сравнению с ощущением обычной усталости?**

Речь идет об обычном вашем состоянии в последнее время. Даже если вы не были в подобных ситуациях в последнее время, то постарайтесь представить себе, как бы эти ситуации повлияли на вас. Используйте эту шкалу и выберите наиболее подходящее число для каждой ситуации.

- 0 - никогда бы не заснул/не задремал
- 1 - очень небольшая вероятность заснуть или задремать
- 2 - вероятно засну или задремлю
- 3 - большая вероятность заснуть или задремать

Когда сижу и читаю	0	1	2	3
Когда смотрю телевизор	0	1	2	3
Когда сижу и не производю никаких активных действий в общественном месте (например, в театре, на собрании):	0	1	2	3
Когда еду в машине в качестве пассажира в течение часа без остановки	0	1	2	3
Когда лежу днем и отдыхаю, если позволяют обстоятельства:	0	1	2	3
Когда сижу и с кем-то разговариваю	0	1	2	3
Когда спокойно сижу после обеда (без алкоголя):	0	1	2	3
В машине, если она на несколько минут остановилась	0	1	2	3

## Шкала депрессии Бека

1. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не чувствую себя несчастным.
  2. Я чувствую себя несчастным.
  3. Я всё время несчастен и не могу освободиться от этого чувства.
  4. Я настолько несчастен и опечален, что не могу этого вынести.
2. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Думая о будущем, я не чувствую себя особенно разочарованным.
  2. Думая о будущем, я чувствую себя разочарованным.
  3. Я чувствую, что мне нечего ждать в будущем.
  4. Я чувствую, что будущее безнадежно и ничто не изменится к лучшему.
3. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не чувствую себя неудачником.
  2. Я чувствую, что у меня было больше неудач, чем у большинства других людей.
  3. Когда я оглядываюсь на прожитую жизнь, всё, что я вижу, это череда неудач.
  4. Я чувствую себя полным неудачником.
4. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я получаю столько же удовольствия от жизни, как и раньше.
  2. Я не получаю столько же удовольствия от жизни, как раньше.
  3. Я не получаю настоящего удовлетворения от чего бы то ни было.
  4. Я всем не удовлетворен, и мне всё надоело.
5. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не чувствую себя особенно виноватым.
  2. Довольно часто я чувствую себя виноватым.
  3. Почти всегда я чувствую себя виноватым.
  4. Я чувствую себя виноватым всё время.
6. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не чувствую, что меня за что-то наказывают.
  2. Я чувствую, что могу быть наказан за что-то.
  3. Я ожидаю, что меня накажут.
  4. Я чувствую, что меня наказывают за что-то.
7. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не испытываю разочарования в себе.
  2. Я разочарован в себе.
  3. Я внушаю себе отвращение.
  4. Я ненавижу себя.
8. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. У меня нет чувства, что я в чем-то хуже других.
  2. Я самокритичен и признаю свои слабости и ошибки.
  3. Я всё время виню себя за свои ошибки.
  4. Я виню себя за всё плохое, что происходит.
9. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. У меня нет мыслей о том, чтобы покончить с собой.
  2. У меня есть мысли о том, чтобы покончить с собой, но я этого не сделаю.
  3. Я хотел бы покончить жизнь самоубийством.
  4. Я бы покончил с собой, если бы представился удобный случай.
10. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я плачу не больше, чем обычно.
  2. Сейчас я плачу больше обычного.
  3. Я теперь всё время плачу.
  4. Раньше я еще мог плакать, но теперь не смогу, даже если захочу.
11. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Сейчас я не более раздражен, чем обычно.
  2. Я раздражаюсь легче, чем раньше, даже по пустякам.
  3. Сейчас я всё время раздражен.
  4. Меня уже ничто не раздражает, потому что всё стало безразлично.
12. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я не потерял интереса к другим людям.
  2. У меня меньше интереса к другим людям, чем раньше.
  3. Я почти утратил интерес к другим людям.
  4. Я потерял всякий интерес к другим людям.
13. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?
  1. Я способен принимать решения так же, как всегда.
  2. Я откладываю принятие решений чаще, чем обычно.
  3. Я испытываю больше трудностей в принятии решений, чем прежде.
  4. Я больше не могу принимать каких-либо решений.

14. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я не чувствую, что я выгляжу хуже, чем обычно.
2. Я обеспокоен тем, что выгляжу постаревшим или непривлекательным.
3. Я чувствую, что изменения, происшедшие в моей внешности, сделали меня непривлекательным.
4. Я уверен, что выгляжу безобразным.

15. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я могу работать так же, как раньше.
2. Мне надо приложить дополнительные усилия, чтобы начать что-либо делать.
3. Я с большим трудом заставляю себя что-либо делать.
4. Я вообще не могу работать.

16. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я могу спать так же хорошо, как и обычно.
2. Я сплю не так хорошо, как всегда.
3. Я просыпаюсь на 1-2 часа раньше, чем обычно и с трудом могу заснуть снова.
4. Я просыпаюсь на несколько часов раньше обычного и не могу снова заснуть.

17. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я устаю не больше обычного.
2. Я устаю легче обычного.
3. Я устаю почти от всего того, что я делаю.
4. Я слишком устал, чтобы делать что бы то ни было.

18. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Мой аппетит не хуже, чем обычно.
2. У меня не такой хороший аппетит, как был раньше.
3. Сейчас мой аппетит стал намного хуже.
4. Я вообще потерял аппетит.

19. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Если в последнее время я и потерял в весе, то очень немного.
2. Я потерял в весе более 2 кг.
3. Я потерял в весе более 4 кг.
4. Я потерял в весе более 6 кг.

20. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я беспокоюсь о своем здоровье не больше, чем обычно.
2. Меня беспокоят такие проблемы, как различные боли, расстройства желудка, запоры.
3. Я настолько обеспокоен своим здоровьем, что мне даже трудно думать о чем-нибудь другом.
4. Я до такой степени обеспокоен своим здоровьем, что вообще ни о чем другом не

могу думать.

21. Что лучше описывает ваше состояние за прошедшую неделю и сегодня?

1. Я не замечал каких-либо изменений в моих сексуальных интересах.
2. Я меньше, чем обычно интересуюсь сексом.
3. Сейчас я намного меньше интересуюсь сексом.
4. Я совершенно утратил интерес к сексу.

Интерпретация результатов по Шкале депрессии Бека:

- 0-13: отсутствие или минимальная депрессия
- 14-19: легкая депрессия
- 20-28: умеренная депрессия
- 29-63: тяжелая депрессия

## Шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Шкала PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) — стандартизированный опросник, состоящий из 9 вопросов и предназначенный для первичной оценки и мониторинга симптомов депрессии. Каждый вопрос оценивается по четырёхбалльной шкале от 0 («совсем не беспокоит») до 3 («беспокоит почти каждый день»).

1. Мало интереса или удовольствия от делания вещей.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
2. Чувство уныния, депрессии или безнадежности.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
3. Трудности с засыпанием, сном или избыточным сном.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
4. Усталость или недостаток энергии.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
5. Плохой аппетит или переедание.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
6. Чувство провала или что вы подвели себя или других.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
7. Трудности с концентрацией на чем-либо, например, при чтении или просмотре телевизора.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
8. Двигаетесь или говорите настолько медленно, что это заметно другим. Или наоборот — слишком беспокойны или возбуждены.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день
9. Мысли о том, что вы лучше умерли или нанесли бы себе вред каким-либо образом.
  - 0: совсем не беспокоит
  - 1: несколько дней
  - 2: более половины дней
  - 3: почти каждый день

Интерпретация результатов по Шкале PHQ-9:

- 0-4: отсутствие депрессии
- 5-9: легкая депрессия
- 10-14: умеренная депрессия
- 15-19: умеренно-тяжелая депрессия
- 20-27: тяжелая депрессия

Оценка по шкале PSQI

**ОЦЕНКА ПО ШКАЛЕ PSQI**

Баллы PSQI рассчитываются на основе ответов первых 9 вопросов. Вопрос 10 на второй странице шкалы не влияет на общий балл по шкале PSQI.

Ответы, указанных 9 вопросов по шкале PSQI выводятся в виде баллов семи компонентов, каждый из которых предусматривает оценку по шкале от 0 (отсутствие проблемы) до 3 (серьезная проблема) баллов. В итоге, баллы компонентов суммируются для получения общего балла (от 0 до 21).

**Компонент 1:**

Субъективное качество сна - вопрос 9

Ответ на B9	Балл
Очень хорошо	0
Достаточно хорошо	1
Достаточно плохо	2
Очень плохо	3

Балл по Компоненту 1:

**Компонент 2:**

Предрасположенность к засыпанию - вопросы 2 и 5a

Ответ на B2	подбалл B2
≤ 15 минут	0
16-30 минут	1
31-60 минут	2
> 60 минут	3

Ответ на B5a	подбалл B5a
Не за последний месяц	0
Реже одного раза в неделю	1
Один или два раза в неделю	2
Три или более раз в неделю	3

Сумма подбаллов по B2 и B5a =

Балл по Компоненту 2:

0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3

Балл по Компоненту 2:

**Компонент 3:**

Продолжительность сна - вопрос 4

Ответ на B4	Балл
> 7 часов	0
6-7 часов	1
5-6 часов	2
<5 часов	3

Балл по Компоненту 3:

**Компонент 4:**

Эффективность сна - вопросы 1, 3 и 4

Эффективность сна = (кол-во часов сна/кол-во часов в постели) X 100%

Количество часов сна - вопрос 4  
Количество часов в постели - расчет на основе ответов на вопросы 1 и 3.

Эффективность сна	Балл
> 85%	0
75-84%	1
65-74%	2
<65%	3

Балл по Компоненту 4:

**Компонент 5:**

Нарушение сна - вопросы с 5b по 5j

Расчет баллов по вопросам с 5b по 5j следует выполнять следующим образом:

Не за последний месяц - 0;  
Реже одного раза в неделю - 1;  
Один или два раза в неделю - 2;  
Три или более раз в неделю - 3.

Сумма баллов по вопросам с 5b по 5j	Балл
0	0
1-9	1
10-18	2
19-27	3

Балл по Компоненту 5:

**Компонент 6:**

Использование снотворных - вопрос 6

Ответ на B6	Балл
Не за последний месяц	0
Реже одного раза в неделю	1
Один или два раза в неделю	2
Три или более раз в неделю	3

Балл по Компоненту 6:

**Компонент 7:**

Нарушение нормальной повседневной деятельности - вопросы 7 и 8

Ответ на B7	подбалл B7
Не за последний месяц	0
Реже одного раза в неделю	1
Один или два раза в неделю	2
Три или более раз в неделю	3

Ответ на B8	подбалл B8
Вообще никаких проблем	0
Только очень незначительные проблемы	1
В некоторой степени проблема	2
Очень большая проблема	3

Сумма подбаллов по B7 и B8 =

Балл по Компоненту 7:

0 = 0, 1-2 = 1, 3-4 = 2, 5-6 = 3

Балл по Компоненту 7:

**Общий балл по шкале PSQI:**   
сумма баллов по семи компонентам:

Общий балл «5» или выше свидетельствует о плохом качестве сна. Если Ваш итоговый балл составляет «5» или больше баллов, то рекомендуется проконсультироваться с врачом.