

# Nemigos diagnostikos ir gydymo aktualijos

## HIGHLIGHTS FOR INSOMNIA DIAGNOSTICS AND TREATMENT

EVELINA PAJĖDIENĖ, GIEDRĖ JURKEVIČIENĖ  
LSMU MA Neurologijos klinika

**Santrauka.** Nemiga yra vienas dažniausių miego sutrikimų, pasireiškiantis pakartotiniu sunkumu užmigti, miego trukmės, vientisumo arba kokybės pablogėjimu, kuris kartojasi nepaisant adekvačių miego sąlygų ir blogina dienos savijautą. Nemigos diagnostikai reikalinga išsami paciento apklausa, specializuoti klausimynai, miego dienoraščio pildymas, objektyvus ir instrumentinis tyrimas dėl gretutinių ligų. Polisomnografiją rekomenduojama atlikti įtariant gretutinius miego sutrikimus, tokius kaip miego apnėja, periodinių galūnių judesių sutrikimas, narkolepsija, esant sunkiai bei vaistams atspariai nemigai arba įtariant aiškų nesutapimą tarp subjektyviai paciento išreikšiamų skundų ir objektyvių polisomnografijos metu nustatomų miego parametrų. Remiantis 2017 m. Europos nemigos diagnostikos ir gydymo gairėmis, pirmojo pasirinkimo lėtinės nemigos gydymo metodu laikoma kognityvinė elgesio psichoterapija, kuomet benzodiazepinų arba benzodiazepinų antagonistų grupės vaistus rekomenduojama skirti tik trumpam simptominio gydymo laikotarpiui.

**Reikšminiai žodžiai:** nemiga, lėtinė nemiga, nemigos diagnostika, nemigos gydymas.

**Summary.** Insomnia is one of the most common sleep disorders, characterised by repeated disability to fall asleep or continue to sleep, and worsened sleep quality, that affects daytime functioning and does not reveal in spite of adequate sleep hygiene. Insomnia diagnostics involve thorough patient history, specialised questionnaires, sleep diary, objective examination and investigation for comorbid disorders. Polysomnography is recommended in case of clinical suspicion of other sleep disorders like periodic limb movement disorder, sleep apnea or narcolepsy; in case of treatment-resistant insomnia or in case of clinical suspicion of large discrepancy between subjectively experienced and polysomnographically measured sleep. According to the European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia, that were issued in 2017, cognitive behavioral therapy is the treatment of choice for chronic insomnia, while benzodiazepines and benzodiazepine agonists are recommended only for a short period of symptom-relieving therapy.

**Keywords:** insomnia, chronic insomnia, insomnia diagnostics, insomnia treatment.

### ĮVADAS

Išsivysčiusiose pasaulio šalyse nemiga yra dažna problema. Apytiksliai nuo 6 proc. Vokietijoje iki 19 proc. Prancūzijoje gyvenančių suaugusių žmonių kenčia dėl lėtinės nemigos sutrikimo, aiškiai pirmaujant moteriškosios lyties atstovėms bei ligos pasireiškimo dažniui didėjant priklausomai nuo amžiaus [1, 2]. Per pastarąjį dešimtmetį reikšmingai išaugo ir migdomųjų vaistų suvartojimas, pvz., Norvegijoje jis svyruoja nuo 7 iki 11 proc. [3]. Epidemiologinių tyrimų duomenimis, nemiga siejama su didesne miokardo infarkto, širdies nepakankamumo, arterinės hipertenzijos, cukrinio diabeto pasireiškimo rizika [4–7]. Ilgalaikis miego stygius, kuomet per naktį miegama mažiau nei 6 val., sukelia pavojų susirgti ne tik minėtomis lėtinėmis ligomis, bet ir demencija, depresija bei patirti nelaimingą įvykį kelyje arba darbo vietoje [4–9]. Taigi, nemiga sąlygoja didžiulę ekonominę naštą tiek įvertinant jai gydyti skirtus gydymo kaštus, tiek jos sukeltam nedarbingumui bei gretutinių ligų gydymui skirtas išlaidas.

### NEMIGOS APIBRĖŽIMAS IR IŠSIVYSTYMO MODELIS

Nemiga – tai miego sutrikimas, pasireiškiantis sunkumu užmigti, miego trukmės, vientisumo arba kokybės pablogėjimu, kuris kartojasi nepaisant adekvačių miego sąlygų ir blogina dienos savijautą [10, 11]. Išskiriamos dvi pagrindinės nemigos rūšys:

1. Trumpalaikė nemiga (iki 3 mėn.). Dažniausiai galima nustatyti aiškų nemigą provokuojantį veiksnį (žr. žemiau aprašytą *Spielmano* nemigos išsivystymo modelį).
2. Lėtinė nemiga (>3 mėn.).

Dar 1987 m. A. J. Spielman pasiūlė nemigos išsivystymo modelį, kurį vėliau (2002 m., 2012 m., 2015 m.) kiti mokslininkai naudojo kaip pagrindą savo teorijoms [10]. Pagal šį modelį nemigą lemia trijų grupių veiksniai:

1. Predisponuojamieji.
2. Provokuojamieji.
3. Palaikomieji.

**Predisponuojamieji veiksniai** – tai genetiniai veiksniai ir asmenybiniai savitumai. Nustatyta, kad sirgti

# Pulmonologija ir alergologija

nemiga labiau linkę tam tikro tipo žmonės: atsakingi, pareigingi, perfekcionistai.

**Provokuojamieji veiksniai** – tai bet koks stresas, skausmas, širdgėla, problemos darbe, kitos staiga atsirandančios problemos.

**Palaikomieji veiksniai** – tai miego higienos pažeidimai, taip pat asmenybės savitumai (neurotizmas, perfekcionizmas).

Žmonėms, turintiems predisponuojamų, t. y. genetiinių asmenybinių veiksnių, būdinga didesnė tikimybė atsirasti bet kuriai nemigos rūšiai. Trumpalaikės arba ūminės nemigos atsiradimui neabejotinai svarbūs provokuojamieji veiksniai. Tokiu atveju pagrindinis gydymo akcentas – stresoriaus paieška, jo šalinimas arba koregavimas.

Lėtinės nemigos išsivystymui svarbiausi yra palaiškantieji veiksniai. Taigi lėtinės nemigos atveju dažniausiai jau nepakaks surasti ir įvardyti priežastį, kuri anksčiau sukėlė nemigą, svarbiau įvardyti ir koreguoti veiksnius, kurie ją palaiko.

## NEMIGOS DIAGNOSTIKA

Remiantis trečiojo leidimo Tarptautinėje miego sutrikimų klasifikacijoje (angl. *the International Classification of Sleep Disorders-3, ICSD-3*) minimais

**Lentelė. Lėtinės nemigos diagnostiniai kriterijai (pagal 2014m. Tarptautinės miego sutrikimų klasifikacijas trečiąjį leidimą) [10, 11]**

A. Vienas arba daugiau nakties simptomų: 1. Sunkumas užmigti 2. Dažni pabudimai nakties metu 3. Ankstyvas pabudimas 4. Vengimas eiti miegoti reikiamu metu* 5. Sunku miegoti be tėvų/globėjų pagalbos*
B. Vienas arba daugiau dienos simptomų, susijusių su miego sutrikimu: 1. Nuovargis 2. Dėmesio koncentracijos arba atminties pablogėjimas 3. Socialinės, akademinės, šeiminės veiklos ir darbingumo pablogėjimas 4. Nuotaikos sutrikimai/padidėjęs dirglumas 5. Padidėjęs mieguistumas dieną 6. Elgesio sutrikimai (pvz., hiperaktyvumas, impulsyvumas, agresija) 7. Sumažėjusi motyvacija/iniciatyva 8. Dažnesnės klaidos/nelaimingi atsitikimai
C. Nerimas arba nepasitenkinimas savo miegu
D. Išvardyti simptomai nulemti ne blogų miego sąlygų arba skiriamo nepakankamo laiko miegui
E. Simptomai kartojasi bent 3 kartus per savaitę
F. Simptomai tęsiasi bent 3 mėnesius
G. Simptomų negali geriau paaiškinti kitas miego sutrikimas

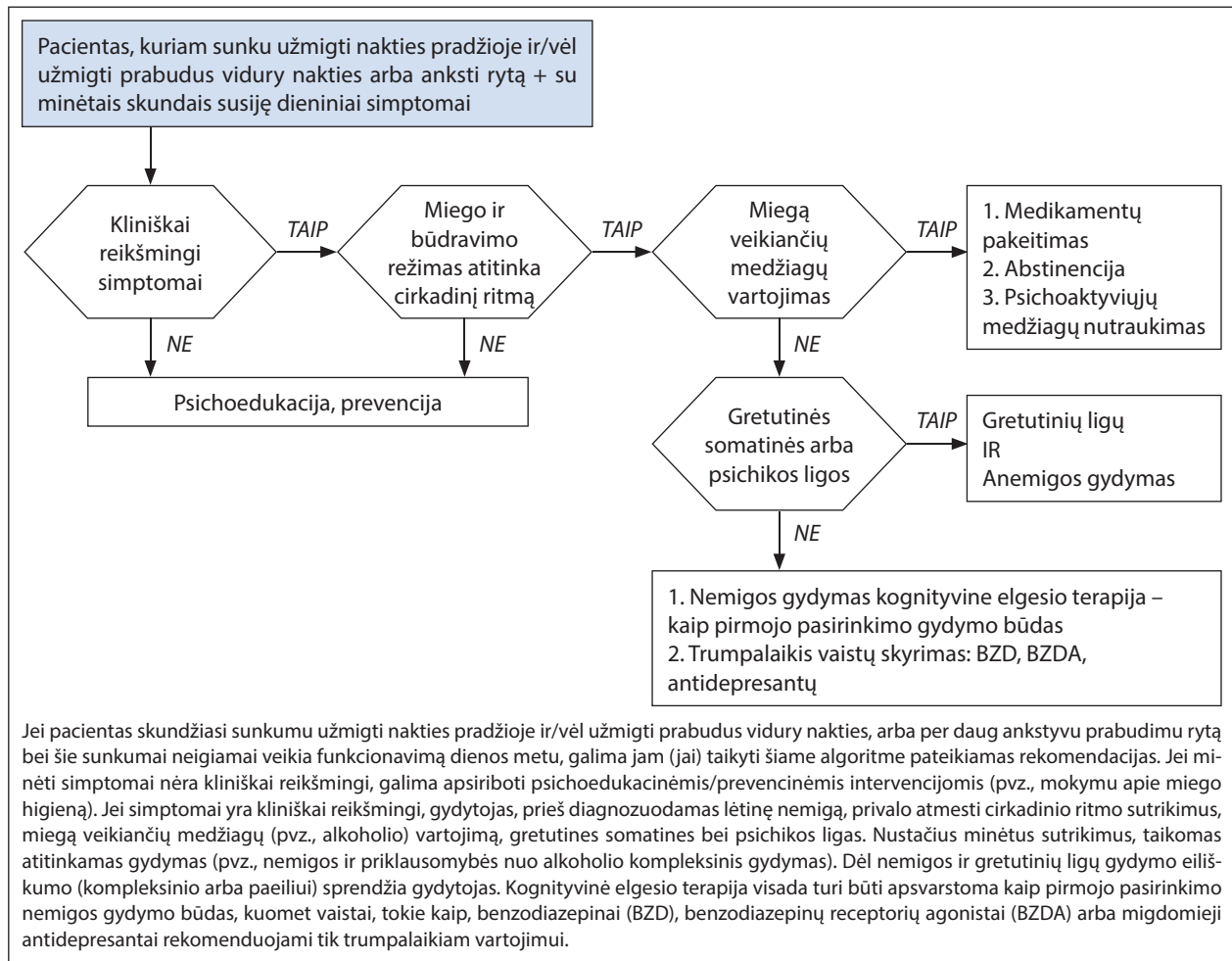
\*labiau taikytina vaikams, demencija sergantiems asmenims.

lėtinės nemigos kriterijais [11], pagrindiniai nemigos simptomai, tokie kaip sunkumas užmigti nakties pradžioje, atsibudus vėl užmigti arba ankstesnis nei planuota prabudimas rytą, turi pasireikšti bent tris naktis per savaitę bei tęstis ne mažiau kaip 3 mėn. (lentelė). Dėl prabudimų fragmentuotas miegas – tai nemiga ir obstrukcinę miego apnėją vienijantis simptomas, tačiau negalėjimas užmigti nakties pradžioje miego apnėjai nebūdingas. Nakties simptomus turi lydėti dieną pasireiškiantys ir paciento funkcionavimą trikdančios simptomai, tokie kaip nuovargis, mieguistumas, pažinimo funkcijų bei nuotaikos sutrikimas. Nemigos diagnozė turi būti atmesta, jei visus anksčiau minėtus simptomus sąlygojo miego higienos taisyklių bei miego – būdravimo režimo nesilaikymas (pvz., miegui skiriama nepakankamai laiko, vartojama per daug kofeino, nikotino turinčių gaminių arba miegamojo aplinka yra triukšminga) arba kiti miego sutrikimai. Ūminei nemigai būdingi tie patys nakties bei dienos simptomai, tačiau jie dažniausiai siejami su neįprastu provokuojamuoju veiksmu (pvz., artimo žmogaus netektis), trunka nuo kelių dienų iki kelių savaičių, neretai praeina be specifinio gydymo.

Nemigos diagnostikai reikalinga išsami paciento apklausa apie simptomus, susijusius su miego higienos įpročiais, gretutines somatines bei psichikos ligas, miegą veikiančių medžiagų (pvz., alkoholio, kofeino, nikotino) bei vaistų vartojimą (pav.) [10]. Paciento išsakomus skundus padeda objektyvizuoti specializuotų miego klausimynų (pvz., Nemigos sunkumo indeksas, angl. *Insomnia Severity Index* [12]) ir Miego dienaščio pildymas. Polisomnografiją rekomenduojama atlikti įtariant gretutinius miego sutrikimus, tokius kaip miego apnėja, periodinių galūnių judesių sutrikimas, narkolepsija, esant sunkiai bei vaistams atspariai nemigai arba įtariant aiškų nesutapimą tarp subjektyviai paciento išreiškiamų skundų ir objektyvių polisomnografijos metu nustatomų miego parametrų. Kitų laboratorinių ir instrumentinių tyrimų poreikis įvertinamas atsižvelgiant į individualią klinikinę situaciją, gretutines ligas ir simptomus.

## NEMIGOS GYDYMAS

Pateikiame Lėtinės nemigos gydymo gairių apibendrinimą, parengtą pagal 2017 m. Europos Nemigos diagnostikos ir gydymo gaires [10] (pav.). Minėtos gairės skirtos 18 metų arba vyresniems pacientams, sergantiems nemiga, apibrėžta pagal Tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos sutrikimų klasifikacijos dešimtojo papildyto ir pataisyto leidimo (TLK-10) bei Tarptautinės miego sutrikimų klasifikacijos trečiojo leidimo kriterijus, apimančius visus nemigus potipius, pvz., neorganinę nemigą bei su kitomis somatinėmis bei psichikos ligomis susijusią nemigą.



**Pav. Klinikinis nemigos diagnostikos ir gydymo algoritmas [10]**

Jei nemiga pasireiškia kartu su gretutinėmis somatinėmis arba psichikos ligomis, sprendžiama individualiai, ką gydyti pirmiausia, ar gydyti abu sutrikimus vienu metu.

- Nemigai skirta kognityvinė elgesio terapija (angl. *Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia*, CBT-I) yra pirmojo pasirinkimo gydymo būdas lėtine nemiga sergantiems bet kurio amžiaus suaugusiems pacientams.

Farmakologinės gydymo priemonės rekomenduojamos, kai nemigai skirta kognityvinė elgesio terapija yra neveiksminga arba neprieinama. Tačiau svarbu atkreipti dėmesį į kitus akcentus:

- Benzodiazepinai (BZD) ir benzodiazepinų grupės agonistai (BZDA) yra efektyvūs, jei skiriami trumpą ( $\leq 4$  savaičių) laikotarpį.
- Naujesni BZDA yra tokie pat veiksmingi kaip ir BZD.
- Trumpesniu vaisto skilimo pusperiodžiu pasižymintys BZD/BZDA sukelia mažesnį nepageidaujamą poveikį.
- Ilgalaikis BZD/BZDA skyrimas nerekomenduojamas dėl mažo veiksmingumo bei didesnės

nepageidaujamo poveikio rizikos. Kasdien šiuos vaistus vartojantiems pacientams rekomenduojama daryti pertraukas.

- Migdomuoju poveikiu pasižymintys antidepresantai skiriami trumpą laikotarpį bei atsižvelgus į jų skyrimo kontraindikacijas. Gana veiksmingai gydo nemigą. Ilgalaikis jų vartojimas nerekomenduojamas dėl mažo veiksmingumo bei didesnės nepageidaujamo poveikio rizikos.
- Antihistamininiai, antipsichotiniai, melatonino, fitoterapiniai preparatai nemigai gydyti nerekomenduojami.
- Šviesos terapija bei fizinį aktyvumą gerinantys pratimai yra rekomenduojami kaip pagalbinė gydymo priemonė.
- Akupunktūra, aromaterapija, homeopatija, meditacija bei joga nemigos gydymui yra nerekomenduojami.

## APIBENDRINIMAS

Nemiga – tai vienas dažniausių miego sutrikimų, kurį reikia mokėti atpažinti ir diferencijuoti nuo kitų miego sutrikimų bei tinkamai gydyti, siekiant, jog

# Pulmonologija ir alergologija

sutrikimas netaptų lėtinis ir nesukeltų žalos sveikatai, darbingumui bei kasdieniam funkcionavimui. Pirmojo pasirinkimo lėtinės nemigos gydymo metodu laikoma kognityvinė elgesio psichoterapija, kuomet benzodiazepinių arba benzodiazepinų antagonistų grupės vaistus rekomenduojama skirti tik trumpam simptominio gydymo laikotarpiui.

## LITERATŪRA

1. **Ohayon MM, Sagales T.** Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep Med.* 2010; 11(10):1010–8.
2. **Zhang W, Wing YK.** Sex differences in insomnia: a metaanalysis. *Sleep.* 2006; 29(1):85–93.
3. **Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B.** A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult norwegian population. *Sleep Med.* 2014; 15(2):173–9.
4. **Laugsand LE, Strand LB, Vatten LJ, Janszky I, Bjørngaard JH.** Insomnia symptoms and risk for unintentional fatal injuries - the HUNT Study. *Sleep.* 2014; 37(11):1777–86.
5. **Palagini L, Bruno RM, Gemignani A, Baglioni C, Ghiadoni L, Riemann D.** Sleep loss and hypertension: a systematic review. *Curr Pharm Des.* 2013; 19(13):2409–19.
6. **Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A.** Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev.* 2016; 30:11–24.
7. **Sexton CE, Storsve AB, Walhovd KB, Johansen-Berg H, Fjell AM.** Poor sleep quality is associated with increased cortical atrophy in community-dwelling adults. *Neurology.* 2014; 83(11):967–73.
8. **Baglioni C, Battagliese G, Feige B, Spiegelhalter K, Nissen C, Voderholzer U, et al.** Insomnia as a predictor of depression: a meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord.* 2011; 135(1-3):10–9.
9. **Leger D, Bayon V, Ohayon MM, Philip P, Ement P, Metlaine A, et al.** Insomnia and accidents: cross sectional study (EQUINOX) on sleep-related home, work and car accidents in 5293 subjects with insomnia from ten countries. *J Sleep Res.* 2014; 23(2):143–52.
10. **Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Grosej L, Ellis JG, et al.** European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017; 26(6):675-700.
11. **International classification of sleep disorders.** 3rd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
12. **Morin ChM, Belleville G, Bélanger L, Ivers H.** The Insomnia Severity Index: psychometric indicators to detect insomnia cases and evaluate treatment response. *Sleep.* 2011; 34(5):601–8.