



¹Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова, Институт профессионального образования, кафедра нервных болезней

²Российская академия последипломного образования, кафедра неврологии, Центр экстрапиримидных заболеваний

Возможности коррекции инсомнии у пожилых пациентов

М.Г. Полуэктов¹, Е.А. Ляшенко²

Адрес для переписки: Михаил Гурьевич Полуэктов, polouekt@mail.ru

В статье обсуждаются основные причины нарушений сна в пожилом возрасте. Отмечается, что неудовлетворенность сном наблюдается у 25% мужчин и 50% женщин в пожилом возрасте. Более 10% пожилых пациентов часто или постоянно употребляют снотворные средства. Терапия инсомнии у таких больных подразумевает лечение основного заболевания и применение неспецифических методов коррекции. При неэффективности такой стратегии вопрос о назначении снотворных препаратов решается в соответствии с феноменологией, длительностью и этиологией инсомнии, наличием сопутствующих заболеваний и возможностью развития побочных эффектов.

Ключевые слова: пожилой возраст, расстройства сна, инсомния, снотворные препараты

Особенности нарушений сна у пожилых

По определению Международной классификации расстройств сна (2005) [1], инсомния представляет собой нарушение инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающее при достаточных для нормального сна условиях и сопровождающееся нарушением повседневной деятельности.

У людей старше 75 лет частота инсомний удваивается по сравнению с людьми среднего возраста. Так, неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Нарушение сна является одним из важных факторов, снижающих качество жизни пожилых людей [2]. Старение само по себе не приводит к расстройствам сна, но раз-

личные заболевания, связанные со старением, являются факторами риска развития инсомнии [3]. Инсомния часто сочетается с такими психосоматическими заболеваниями, как гипертоническая болезнь, хронический гастрит, бронхиальная астма и сахарный диабет. Кроме того, инсомния отягощает течение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, ишемической болезни сердца [4]. Несмотря на клиническую значимость инсомнии, врачи общей практики редко обращают внимание на жалобы пожилого пациента, касающиеся сна, зачастую списывая их на проявления основного заболевания. Между тем коррекция нарушений сна при соматической патологии приводит к улучшению течения основ-

ного заболевания и снижению фармакорезистентности.

Наличие инсомнии увеличивает риск развития психических нарушений, алкоголизма и лекарственной зависимости. Психические расстройства выявляют у пациентов с инсомнией в 2,5 раза чаще, чем у здоровых людей, а риск развития депрессии повышается в четыре раза. Кроме того, у пожилых людей инсомния сопровождается слабостью, снижением памяти и удлинением времени реакции, увеличивает риск падений и развития когнитивных нарушений.

С инсомнией связана и проблема злоупотребления снотворными препаратами: существует прямо пропорциональная зависимость между увеличением возраста, распространенностью нарушений сна и приемом снотворных [5]. По данным российского популяционного исследования, 10% пожилых пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства [6]. Показатели смертности у людей, имеющих проблемы со сном, в 1,3–3 раза выше по сравнению с людьми, не страдающими бессонницей. На сегодняшний день накоплено множество данных о влиянии недостаточности сна на продолжительность жизни. В 20-летнем проспективном исследовании было показано, что при продолжительности сна менее 4,5 часов смертность увеличивается на 15% [7].

Таким образом, расстройства сна способствуют ухудшению общего



состояния здоровья и увеличивают расходы на здравоохранение.

Виды и типы инсомнии у пожилых

Клиническая феноменология инсомнии включает в себя пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства. К пресомническим расстройствам относятся трудности засыпания. Интрасомнические расстройства проявляются в основном частыми ночными пробуждениями, после которых пациент долго не может уснуть. У пожилых больных порог пробуждения резко снижен, в результате чего они могут проснуться от малейшего шума, дискомфорта, болевых ощущений и т.д. К постсомническим расстройствам относятся ранние утренние пробуждения, снижение работоспособности, ощущение «разбитости», неудовлетворенность ночным сном, дневная сонливость. Более 20% больных среднего возраста и 36% пациентов пожилого возраста предъявляют жалобы на все три вида инсомний, что осложняет процесс подбора терапии [4].

В Международной классификации расстройств сна (2005) выделено девять форм инсомнии, шесть из которых относятся к первичным и три – к вторичным. В определении формы инсомнии помимо сбора анамнеза могут помочь полисомнографическое исследование и психологическое тестирование. Первичные формы составляют лишь 10–25% всех случаев инсомнии. Наиболее распространенная форма первичной инсомнии – адаптационная. Она возникает в результате воздействия определенного фактора – шума, изменения окружения (переезд на новое место, госпитализация), стрессовых ситуаций. По мере адаптации к новым условиям выраженность инсомнии постепенно уменьшается. Продолжительность нарушений сна в этом случае не должна превышать трех месяцев, в противном случае они трансформируются в хронические.

Одной из хронических форм инсомнии является психофизиоло-

гическая. Психофизиологическая инсомния – это расстройство сна, обусловленное соматическим напряжением и формированием препятствующих засыпанию ассоциаций длительностью не менее одного месяца. Наиболее ярким свойством данной формы инсомнии является «страх постели» или «боязнь не уснуть» – желание спать исчезает, как только больной ложится в постель. Это состояние может сопровождаться навязчивыми мыслями и воспоминаниями, усилением двигательной активности в стремлении найти удобную позу. Трудности засыпания провоцируют усиление соматического напряжения, которое в свою очередь усугубляет расстройство сна и приводит к еще большему напряжению на следующий день. Характерной чертой этого расстройства является улучшение засыпания при смене места сна (в поездках, в гостях).

Нередки жалобы пожилых пациентов на полное или почти полное отсутствие ночного сна в течение длительного времени (один месяц и более) при отсутствии необходимости спать днем и нормальной повседневной активности. Для диагностики данного расстройства требуется проведение полисомнографического исследования, по результатам которого можно объективно оценить продолжительность и качество ночного сна. При несоответствии заявленного времени сна реальному на 50% и более диагностируют парадоксальную инсомнию, которая часто ассоциирована с аффективными расстройствами.

Инсомния, связанная с нарушением гигиены сна, развивается при возбуждении нервной системы перед сном (употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в ночное время), а также нарушении регуляции цикла «сон – бодрствование» (нарушение режима дня, яркий свет в спальне).

Выделяют три формы вторичной инсомнии: инсомния при болезнях внутренних органов, инсомния при психических расстройствах и инсомния при приеме лекар-

ственных препаратов. Для определения инсомнии как вторичной необходимо установить ее связь с основным заболеванием (возникновение инсомнии одновременно с основным заболеванием, колебания выраженности инсомнии в соответствии с течением основного заболевания). Однако в большинстве случаев даже при наличии основного заболевания, с которым связывают нарушение сна, у больного присутствуют элементы и других форм инсомнии. Например, 57% больных с инфарктом мозга предъявляют жалобы на нарушения сна, причины которых могут быть совершенно различными: поражение сомногенных структур, стресс, изменение привычной обстановки сна, депрессия, принимаемые лекарственные препараты, наличие обструктивного апноэ во сне, нарушение цикла «сон – бодрствование».

Среди всех вторичных нарушений сна в пожилом возрасте две трети приходится на психические расстройства. Наиболее часто расстройство сна является симптомом депрессивных состояний различного генеза: как эндогенных, так и невротических. При этом депрессии даже легкой и умеренной степени выраженности сопровождаются инсомнией. В некоторых случаях расстройство сна является ведущим и определяет клиническую картину депрессии, в то время как собственно депрессивные симптомы выявляются только при тщательном расспросе.

Больные, страдающие депрессией и нарушением сна, часто жалуются на бессонницу. При расспросе выявляются как трудности засыпания, так и характерные ранние пробуждения с невозможностью вновь уснуть, тревожное беспокойство при ночном пробуждении, тягостное душевное состояние в ранние утренние часы. Именно пациентам с депрессией свойственно отсутствие чувства сна, нередко формируется патологический страх перед наступлением ночи и бессонницей [8].

В гериатрической практике важно учитывать возможность ятроген-

психиатрия



ной бессонницы. К нарушениям сна чаще всего приводит прием следующих лекарственных препаратов:

- антидепрессанты со стимулирующим действием (флуоксетин, венлафаксин, дулоксетин, ингибиторы моноаминоксидазы);
- психостимуляторы (кофеин, эфедрин, производные коки);
- альфа-адреномиметики (псевдоэфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин);
- гипотензивные препараты (клонидин, бета-адреноблокаторы);
- гиполипидемические средства (статины, фибраты, холестирмин);
- бронходилататоры (теофиллин, сальбутамол);
- противовирусные, антибактериальные (изониазид, пенициллин, интерфероны).

Расстройства сна могут также вызывать глазные капли, содержащие бета-адреноблокаторы, и капли в нос, в состав которых входят симпатомиметики. В связи с побочными эффектами нарушения сна могут возникать при приеме диуретиков, антидиабетических средств (полиурия, гипогликемия и др.).

Нарушение процесса сна может наблюдаться и при ряде других состояний, например, синдроме беспокойных ног – сенсомоторном расстройстве, характеризующемся неприятными ощущениями в ногах. Эти ощущения проявляются в покое преимущественно в вечернее и ночное время, вынуждают больного совершать облегчающие их движения и приводят к нарушению сна. Частота синдрома беспокойных ног существенно повышается с возрастом, достигая распространенности 10–15% у пожилых. В зависимости от этиологии синдром беспокойных ног разделяют на первичный и вторичный (при беременности, уремии, железодефицитных состояниях, невропатиях, паркинсонизме). При вторичном синдроме беспокойных ног лечение должно быть направлено на устранение причины болезни. При идиопатическом синдроме беспокойных ног в первую очередь необходимо устранить факторы, усиливающие

его проявления, – курение, прием кофеина, алкоголя, некоторых препаратов (нейролептики, трициклические антидепрессанты, ингибиторы обратного захвата серотонина). Если синдром беспокойных ног существенно нарушает жизнедеятельность пациента, ему назначают агонисты дофаминовых рецепторов в небольших дозах (пирибедил 50–100 мг, прамипексол 0,125–0,75 мг).

Определение основной причины бессонницы, а также уточнение особенностей нарушения сна по основным параметрам (время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, наличие и характер сновидений, оценка качества сна и качества пробуждения) необходимы не только для диагностики, но и для выбора терапии.

Методы лечения инсомнии у пожилых

Лечение инсомнии включает соблюдение гигиены сна, воздействие на основное заболевание, рациональную психотерапию, применение различных методик релаксации. Важно в первую очередь исключить устранимые причины (прием лекарств, злоупотребление алкоголем, кофеином, никотином), назначить лечение при синдроме беспокойных ног, депрессии, соматических заболеваниях (тиреотоксикоз, сердечная недостаточность, синдром обструктивного апноэ во сне и др.).

У пожилых больных в связи с частым наличием нарушений циркадных ритмов одним из основных методов лечения инсомнии является строгое соблюдение гигиены сна. Необходимо нормализовать режим дня (ложиться и вставать в одно и то же время, не спать в течение дня), выполнять регулярные физические упражнения в утренние и дневные часы (но не перед сном), придерживаться режима питания (не есть за три-четыре часа до сна). Кроме того, рекомендуется исключить употребление кофе, чая и алкоголя во второй половине дня, отказаться от курения. Большое значение

имеет само место для сна. Кровать и подушка должны быть удобными, свет в спальне приглушенным, комнату необходимо поддерживать в чистоте и регулярно проветривать. Кровать необходимо использовать только для сна, нельзя в ней есть, читать, смотреть телевизор и просто «валяться». Если в течение 30–40 минут заснуть не удастся, нужно встать и заняться другими делами до тех пор, пока не появится желание заснуть. Иногда полезно соблюдать определенный ритуал отхода ко сну (горячая ванна или прогулка перед сном). Во многих случаях помогает методика контролируемого ограничения сна, однако у пожилых больных она применяется редко.

Что касается медикаментозной терапии нарушений сна у пожилых, важно учитывать возрастные физиологические изменения церебральных медиаторных систем, которые обуславливают проблему взаимодействия снотворных препаратов и мозга пожилого человека. Без проведения полисомнографии у пожилых больных нередко бывает сложно отличить нарушения сна от естественных изменений цикла «сон – бодрствование». В этой связи стоит воздержаться от необдуманного назначения пожилым пациентам снотворных препаратов и прибегать к ним только при наличии показаний.

Применение снотворных препаратов оправдано при острой (адаптивной) инсомнии. В этих случаях чаще всего используют бензодиазепины с седативным и снотворным действием (феназепам, диазепам, клоназепам), а также небензодиазепиновые ГАМК-ергические средства (препараты Z-группы: золпидем, зопиклон, залеплон), которые имеют меньший потенциал развития нежелательных побочных эффектов (когнитивная и поведенческая токсичность, привыкание и зависимость). Часто для лечения острой инсомнии используют настои лекарственных трав и гомеопатические препараты, однако эффективность и безопасность их применения не доказаны.



К препаратам Z-группы, которые на сегодняшний день остаются наиболее безопасными и эффективными из гипнотических препаратов у пожилых пациентов, относится зопиклон – препарат Релаксон («Верофарм», Россия). В сравнительных исследованиях зопиклон демонстрировал лучший снотворный эффект и меньше побочных реакций по сравнению с нитразепамом, триазоламом и темазепамом (традиционные бензодиазепиновые снотворные препараты).

В 2010–2011 гг. в Московском городском сомнологическом центре проведено открытое несравнительное исследование препарата Релаксон с целью оценки его эффективности и безопасности у больных инсомнией [9]. Было обследовано 20 больных инсомнией до и после 10-дневного курса лечения Релаксоном с применением субъективных (опросники) и объективных (полисомнография) методов оценки сна. Субъективные ощущения благоприятного влияния препарата на сон подтверждались положительными сдвигами структуры сна на фоне лечения, которые затрагивали такие важные показатели, как продолжительность второй стадии сна и дельта-сна, скорость засыпания, общая длительность сна. На фоне лечения общая длительность сна, латентные периоды первой и второй стадий сна были сопоставимы с показателями сна здоровых испытуемых. Наряду с положительным влиянием Релаксона на показатели сна больных инсомнией не было выявлено ухудшения по шкалам сонливости и анкете скрининга апноэ во сне, что свидетельствует о достаточной безопасности препарата. Какие-либо сдвиги в результатах анкетных данных, касающихся сонливости и синдрома апноэ во сне, не наблюдались, что свидетельствует об отсутствии эффекта последствия препарата. Снотворные, как правило, назначаются короткими курсами (не более четырех недель). Препаратами выбора в данном случае являются селективные агонисты бензо-

дiazепиновых рецепторов (золпидем, зопиклон, залеплон) [10]. Несмотря на это, в отечественной клинической практике чаще всего назначают бензодиазепины, прием которых со временем может приводить к развитию толерантности, лекарственной зависимости и большому количеству побочных эффектов, особенно у пожилых пациентов. Учитывая большое количество препаратов, принимаемых пожилыми больными в связи с разнообразной соматической патологией, возникает проблема лекарственного взаимодействия бензодиазепиновых препаратов с другими лекарственными средствами. К результатам такого взаимодействия относятся:

- усиление гипотензивного эффекта клонидина, ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента;
- угнетающий эффект при сочетанном применении с бета-адреноблокаторами;
- увеличение концентрации препарата в сыворотке при сочетании с блокаторами кальциевых каналов, циметидином, омепразолом;
- увеличение концентрации сердечных гликозидов в сыворотке;
- повышение протромбинового времени при сочетании с варфарином;
- усиление гипогликемического эффекта при одновременном применении с антидиабетическими препаратами.

При применении бензодиазепинов у пожилых чаще встречаются такие побочные эффекты, как снижение памяти (вплоть до деменции), антероградная амнезия, снижение внимания и скорости реакции, дневная сонливость, головокружение, атаксия и сухость во рту. В этой связи ни один из бензодиазепиновых препаратов не рекомендован для лечения хронической инсомнии у пожилых.

Для нашей страны актуальна такая проблема, как инсомнии, вызванные злоупотреблением седативных препаратов (прежде всего феназепама и фенобарбитала, который содержится во многих «сердечных»

каплях). Длительное и бесконтрольное применение этих средств приводит к формированию лекарственной зависимости и привыкания. Больные не могут уснуть без этих препаратов, но не засыпают и после их приема из-за привыкания (в 50 каплях валокордина содержится примерно полтаблетки фенобарбитала). В результате доза препарата постоянно увеличивается, а проблема расстройств сна сохраняется. В таких случаях рекомендуют применение антидепрессантов с седативным эффектом с постепенной отменой снотворного препарата. В запущенных случаях положительный эффект дает проведение «лекарственных каникул», когда пациент в течение одной-трех недель принимает снотворный препарат, затем одну-три недели воздерживается от его приема, применяя нефармакологические методики улучшения сна. Еще одним возможным способом терапии инсомнии у пожилых является применение снотворных препаратов «по потребности», что позволяет избежать привыкания, развития лекарственной зависимости и синдрома отмены. Это возможно у людей, имеющих в определенные дни социальные обязанности (помощь с внуками, дополнительная работа и т.д.). В этих случаях снотворный препарат принимается только в ночь перед «рабочим» днем.

При подозрении на наличие синдрома обструктивного апноэ во сне (громкий храп, задержка дыхания во сне) нежелательно использовать снотворные с ГАМК-ергическим действием, поскольку они влияют на чувствительность дыхательного центра и могут нарушать активность мышц верхних дыхательных путей. В случае жалоб на неудовлетворенность ночным сном при наличии объективной продолжительности сна (по данным полисомнографии) более шести часов назначение снотворных препаратов нецелесообразно.

К препаратам со снотворным действием относятся также блокаторы центральных гистаминовых H₁-рецепторов (дифенилгидрамин,

инсомния



доксиламин). По данным некоторых исследований, их эффективность сравнима с эффективностью препаратов Z-группы. Однако при назначении этих препаратов пожилым людям следует учитывать наличие холиноблокирующего эффекта, что является противопоказанием при доброкачественной гиперплазии предстательной железы и закрытоугольной глаукоме.

Для лечения инсомний, ассоциированных с депрессивными и тревожными расстройствами, рекомендуют применение антидепрессантов с седативным действием, однако необходимо избегать антидепрессантов с холинолитическим эффектом (трициклические анти-

депрессанты) в связи с угрозой ухудшения когнитивных функций у пожилых людей.

Еще одним способом коррекции инсомнии пожилых является применение препаратов мелатонина, влияющих на организацию цикла «сон – бодрствование». Их использование у пожилых больных целесообразно в связи с наличием естественного возрастного снижения содержания этого гормона в организме [11]. Существует корреляция между возрастным снижением уровня эндогенного мелатонина и увеличением частоты распространения инсомнии в общей популяции, подтвержденная в когортных исследованиях [12].

Заключение

Коррекция нарушений сна у пожилых пациентов требует комплексного подхода: лечение основного заболевания и применение неспецифических методов (соблюдение гигиены сна, исключение препаратов, провоцирующих бессонницу, проведение когнитивно-поведенческой терапии, использование растительных препаратов). При неэффективности такой стратегии вопрос о назначении снотворных препаратов стоит решать в соответствии с феноменологией, длительностью и этиологией инсомнии, с учетом наличия сопутствующих заболеваний и возможности развития побочных эффектов. *

Литература

1. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
2. Соколова Л.П., Кислый Н.Д. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии // Consilium medicum. 2007. № 2. С. 133–137.
3. Ancoli-Israel S., Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults // Am. J. Geriatr. Psychiatry. 2006. Vol. 14. № 2. P. 95–103.
4. Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Инсомния // Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я.И. Левина и М.Г. Полуэктова. М.: Медфорум, 2013. С. 191–220.
5. Stone K.L., Ewing S.K., Ancoli-Israel S. et al. Self-reported sleep and nap habits and risk of mortality in a large cohort of older women // J. Am. Geriatr. Soc. 2009. Vol. 57. № 4. P. 604–611.
6. Голенков А.В., Полуэктов М.Г. Особенности и нарушения сна в пожилом и старческом возрасте // Клиническая геронтология. 2012. № 7–8. С. 8–13.
7. Kripke D.F., Garfinkel L., Wingard D.L. et al. Mortality associated with sleep duration and insomnia // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. № 2. P. 131–136.
8. Михайлова Н.М. Нарушения сна в пожилом и старческом возрасте. Клинические рекомендации по лечению // Русский медицинский журнал. 2003. № 28. С. 1610–1613.
9. Левин Я.И. Клинический опыт применения зопиклона (Релаксон) при инсомнии // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. 2011. № 1. С. 14–20.
10. Schadeck B., Chelly M., Amsellem D. et al. Comparative efficacy of doxylamine and zolpidem for the treatment of common insomnia // Sep. Hop. Paris. 1996. Vol. 72. № 13–14. P. 428–439.
11. Sharma M., Palacios-Bois J., Schwartz G. et al. Circadian rhythms of melatonin and cortisol in aging // Biol. Psychiatry. 1989. Vol. 25. № 3. P. 305–319.
12. Morin C.M., LeBlanc M., Daley M. et al. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors // Sleep Med. 2006. Vol. 7. № 2. P. 123–130.

Treatment of insomnia in the elderly patients

M.G. Poluektov¹, Ye.A. Lyashenko²

¹ I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Institute for Professional Education, Nervous Diseases Department

² Russian Medical Academy for Postgraduate Education, Neurology Department, Extrapyramidal Disorders Center

Contact person: Mikhail Guryevich Poluektov, polouekt@mail.ru

Common causes of insomnia in the elderly are discussed. 25% of elderly men and 50% women report unsatisfactory sleep. More than 10% of elderly patients are frequent or regular users of hypnotic drugs. Strategy of treatment of insomnia in such patients implies management of background disease and use of non-specific methods. In case of inefficacy of the treatment, administration of hypnotic drugs should be considered regarding for phenomenology, duration and etiology of insomnia, presence of concomitant disorders and risk of adverse effects.

Key words: elderly, sleep disorders, insomnia, hypnotics