

## НАРУШЕНИЯ СНА КАК ПРОБЛЕМА ПРЕВЕНТИВНОЙ ГЕРИАТРИИ

**Е. Лысова,**

**В. Кривецкий,** кандидат медицинских наук,

**Л. Варавина,** кандидат медицинских наук

Белгородский государственный национальный  
исследовательский университет

**E-mail:** nimg@mail.ru

*Рассматриваются этиология, патогенез, клинические особенности инсомний в пожилом возрасте, а также меры профилактики и принципы коррекции нарушений сна у пожилых.*

**Ключевые слова:** инсомнии, пожилой возраст, гигиена сна, гипнотические средства.

Более чем у 50% людей имеются проблемы со сном. В настоящее время в развитых странах свыше 1/3 взрослых страдают от различных расстройств сна, при этом у 13% из них проблема является достаточно тяжелой, а 46% населения отмечают дневную сонливость. Длительность сна влияет на продолжительность жизни. Установлено, что при длительности сна <6 ч смертность среди мужчин повышается в 1,7 раза, среди женщин – в 1,6 раза. Инсомнии диагностируются во всех возрастных группах, однако в пожилом возрасте нарушения сна встречаются значительно чаще [1, 2, 8, 10].

Согласно Международной классификации расстройств сна (2005) [5], инсомния представляет собой нарушение инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающее при достаточных для нормального сна условиях и сопровождающееся нарушением повседневной деятельности.

Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста [1]. По данным российского популяционного исследования, 10% пожилых пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства [3, 6].

С возрастом определенные изменения претерпевает структура сна: снижается его общая длительность в течение 1 сут и нарастает длительность поверхностных (I и II) стадий сна, увеличивается время засыпания и бодрствования внутри сна, сон фрагментируется, уменьшаются стадии медленного глубокого сна (особенно у мужчин), отмечается повышенная двигательная активность во время сна [1, 2]. Согласно данным исследований, десинхронизация фаз сна подтверждается уменьшением числа нейронов, участвующих в функционировании «биологических часов» по мере старения. Для пожилых пациентов характерен сдвиг фаз сна на более ранний период вследствие десинхронизации между внутренней ритмичностью и факторами внешней среды. Возникает так называемый синдром раннего наступления фаз сна [1, 2, 4, 5].

По времени возникновения выделяют пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства сна.

К пресомническим расстройствам относятся трудности засыпания. Интрасомнические расстройства проявляют-

ся в основном частыми ночными пробуждениями, после которых пациент долго не может уснуть. Это связано со значительным снижением порога пробуждения у пожилых больных, 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 30% пожилых пациентов жалуются на все 3 вида инсомний.

Для пожилых пациентов наиболее характерна мультифакторная природа нарушений сна: сочетание медицинских, психологических, социальных факторов на фоне органической мозговой дисфункции. В Международной классификации расстройств сна (2005) выделено 9 форм инсомнии, из которых 6 относятся к первичным и 3 – к вторичным.

**Первичные формы** составляют лишь 10–25% всех случаев инсомнии. К первичным нарушениям сна относятся синдром апноэ во сне (САС), синдром беспокойных ног и ночной миоклонус, а также инсомния адаптационная, психофизиологическая и связанная с нарушением сна. По мере адаптации к новым условиям выраженность инсомнии постепенно уменьшается.

Одно из наиболее распространенных первичных нарушений сна в пожилом возрасте – САС. У лиц старше 60 лет частота САС колеблется от 26 до 73%. У мужчин САС отмечается значительно чаще, чем у женщин, и проявляется периодически возникающим во время сна кратковременным полным или частичным прекращением дыхания продолжительностью  $\geq 10$  с многократно ( $\geq 5$ –6 раз) повторяющимся на протяжении 1 ч и сопровождающимся некоторыми другими симптомами [6, 11].

Из входящих в ночной миоклонус состояний наиболее частыми являются синдромы беспокойных ног и периодических движений ног во сне. Синдром беспокойных ног возникает перед засыпанием и проявляется длительным движением одной ноги с неприятным ощущением «ползания мурашек» под кожей или в мышцах.

К первичной относят также инсомнию, связанную с нарушением гигиены сна.

Больные могут жаловаться на полное отсутствие сна, во время как при объективном полисомнографическом исследовании изменений не обнаруживается. В данном случае имеет место агнозия сна, или парадоксальная инсомния [3]; при лечении таких пациентов необходимо сделать акцент на немедикаментозных методах лечения и психотерапии.

К **вторичным** нарушениям сна относят инсомнию при болезнях внутренних органов, психических расстройствах и при приеме лекарственных препаратов. Среди всех вторичных нарушений сна в пожилом возрасте 2/3 приходится на психические расстройства. 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 жалуются на трудности засыпания, на характерные для депрессии ранние пробуждения с невозможностью уснуть вновь, тревожное беспокойство при ночном пробуждении, тягостное душевное состояние в ранние утренние часы [3, 8]. Для инсомний на фоне деменции характерно нарушение суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем.

Лекарственную инсомнию чаще обуславливают следующие медикаментозные препараты:

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

### ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ИНСОМНИИ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Немедикаментозный подход, предусматривающий улучшение гигиены сна, может быть единственным и самостоятельным методом, в то же время он обязателен вне зависимости от использования других способов лечения инсомнии. Гигиена сна включает ряд рекомендаций пациентам.

Людам с нарушениями сна вставать утром нужно в одно и то же время, включая выходные дни. Можно использовать будильник, причем ставить его подальше от кровати (тогда, чтобы выключить будильник, придется встать). Время пробуждения — один из важных показателей, влияющих на соблюдение циркадного ритма «сон—бодрствование» не только при нарушении сна, но и у здоровых людей.

Не следует ложиться в постель, когда еще не хочется спать, но есть желание полежать, чтобы снять утомление и усталость, сохраняющееся при этом эмоциональное возбуждение будет препятствовать процессу засыпания. Если уснуть в течение 30 мин не удастся, не следует лежать в постели.

Нужно исключить дневной сон, особенно во 2-й половине дня. Большинство больных с нарушениями сна дремлют в течение дня; при этом дремота нарушает цикл «сон—бодрствование».

При лечении по поводу нарушения ночного сна необходимо сократить (лучше — исключить) алкоголь; во 2-й половине дня исключается потребление стимулирующих средств — не пить кофе после 16 ч; не курить за 4 ч до сна.

Процесс засыпания требует душевного и физического расслабления и успокоения, поэтому перед сном следует избегать возбуждающей активности; нужно уменьшить стрессовые ситуации, умственную нагрузку; избегать напряженной физической нагрузки после 18 ч.

Полезны регулярные водные процедуры перед сном: теплый душ (комфортной температуры) до ощущения легкого мышечного расслабления. Использование контрастных водных процедур, излишне горячих или холодных ванн не рекомендуется.

Наступление сна облегчает легкий углеводный ужин, особенно у тех, кто привык питаться преимущественно во 2-й половине дня. В то же время обильная пища перед сном оказывает противоположный эффект и усугубляет бессонницу.

Рекомендуется спать в удобной ночной одежде на широкой жесткой постели, матрас должен быть удобным, с ровной поверхностью. Кровать необходимо использовать только для сна (а не для просмотра, например, телевизора).

Важно поддерживать в спальне оптимально комфортные температуру и влажность, регулировать интенсивность шума. Желательно голову оставлять открытой, в то время как ноги должны быть тепло укрыты. Лучше спать в полной темноте.

Терапия инсомний включает 2 подхода: первый (наиболее адекватный) заключается в устранении факторов, вызывающих инсомнический синдром; второй — в применении мер по нормализации собственно сна.

### Общие принципы лекарственной терапии инсомний

- Начинать лечение лучше с препаратов растительного происхождения.
- Курс фармакотерапии не должен превышать 3 нед; при сохраняющейся инсомнии следует назначать другое снотворное.
- Чем больше «стаж» инсомнии, тем более упорной и длительной будет терапия. Если лечение нарушенного сна затянулось, целесообразно делать «лекарственные каникулы» (отмена снотворного средства хотя бы на 2 нед «под прикрытием» растительных средств и не-лекарственных методик).

### Принципы лекарственной терапии нарушений сна у пожилых должны учитывать особенности указанной возрастной группы:

1. Особенности фармакокинетики и фармакодинамики у пожилых обусловлены возрастными органными и системными изменениями. Больным следует давать 50% дозы с учетом взаимодействия с другими лекарствами, обычно принимаемыми пожилыми людьми (антигипертензивные, седативные средства).
2. Старческая полиморбидность обуславливает вынужденную полипрагмазию.
3. Хронический характер течения заболеваний определяет длительность терапии. Если после курсового лечения возникает необходимость продолжить лечение снотворными, иногда используют прерывистую терапию [8].
4. Особенности психосоциального статуса пожилых пациентов включают нарушение комплаентности; трудности контроля применения лекарств.
5. Монотерапия должна быть тщательно подобранной. С учетом утренних пробуждений применение у пожилых больных короткодействующих препаратов не всегда эффективно.

Одним из методов является применение приборов респираторной поддержки, обеспечивающих через носовую маску дыхание с постоянным положительным давлением воздуха (Constant Positive Airway Pressure — CPAP-терапия).

«Идеальным» снотворным можно считать препарат, удовлетворяющий следующим требованиям:

- в минимальной дозе способствует быстрому засыпанию;
- не имеет преимуществ при увеличении дозы (во избежание наращивания дозы самими пациентами);
- повышает эффективность сна и минимально влияет на стадии и структуру сна;
- не ухудшает состояние больного после прекращения приема;
- способствует поддержанию сна, т.е. препятствует частым пробуждениям и позволяет вновь быстро заснуть;
- после окончательного спонтанного утреннего пробуждения не вызывает (или способствует исчезновению) ощущений вялости, разбитости, усталости;

- не имеет побочных действий или они не снижают социальную адаптацию пациента;
- может применяться по потребности.

В наибольшей степени приведенным критериям соответствуют препараты золпидем, зопиклон и дономил.

В настоящее время применяются следующие группы гипнотических препаратов: производное этаноламина (донормил), бензодиазепины и небензодиазепиновые гипнотические средства, агонисты мелатониновых рецепторов.

Бензодиазепины показаны при выраженном тревожно-фобическом компоненте. Однако для этой группы препаратов характерны частые постсомнические расстройства. При САС бензодиазепины противопоказаны.

**Циклопирролоны.** Зопиклон (имован, сомнол, пиклордорм, релаксон) является небензодиазепиновым лигандом  $\gamma$ -аминомаслянокислотного (ГАМК) хлоридного рецепторного комплекса, который усиливает проводимость ГАМКергических рецепторов. Зопиклон снижает латентный период сна, длительность I стадии, не изменяет существенно образом длительность II стадии, увеличивает продолжительность дельта-сна и фазы быстрого сна, если до лечения ее длительность была понижена [7].

**Имидазопиридины.** Золпидем (ивадал, нитрест) — селективный блокатор субтипа  $\omega_1$ -рецепторов ГАМК-комплекса; не связывается с другими подтипами рецепторов, как центральными, так и периферическими. В связи с коротким периодом полужизни может быть рекомендован у больных с интрасомническими расстройствами, пробуждающихся в 2–3 ч ночи. Как правило, утреннее пробуждение после приема рекомендованной дозы препарата легкое, без признаков сонливости, вялости и разбитости.

**Блокаторы гистаминовых  $H_1$ -рецепторов (доксиламин).** Действует доксиламин не только как снотворное средство, но оказывает и успокаивающее действие. Не изменяет структуру сна, при его применении не выявлено признаков САС и синдрома отмены. Доксиламин не влияет на память и когнитивные функции, не изменяет скорость реакций [6, 9].

**Агонисты мелатониновых рецепторов.** В настоящее время все больше внимания уделяется гормональной регуляции сна. По результатам ряда исследований можно судить о перспективности данной группы препаратов. Выявлены значительное сокращение времени засыпания, уменьшение количества ночных пробуждений и сокращение длительности I стадии сна [2].

**Антидепрессанты** с седативным действием показаны при вторичной инсомнии на фоне депрессивного расстройства.

В заключение считаем необходимым подчеркнуть, что инсомния в пожилом возрасте — проблема многофакторная, поэтому коррекция нарушений сна требует комплексного подхода. В первую очередь, необходимо выявить причину расстройств. Жалобы на бессонницу следует подробно детализировать, что поможет в подборе адекватной фармако-

рапии. Инсомнии должны настораживать на предмет более серьезных, в том числе жизнеугрожающих заболеваний; кроме того, бессонница может быть дебютом психических расстройств.

Лечение инсомний следует начинать с нелекарственных методик. Фармакотерапия должна проводиться строго по показаниям и с учетом возрастных и индивидуальных клинических особенностей пациента. Гипнотические препараты назначают в дозах ниже среднетерапевтических. Предпочтение отдают препаратам, не влияющим на самочувствие и состояние пожилого пациента в постсомническом периоде.

## Литература

1. Балунов О.А. Профилактика и медикаментозная коррекция нарушений сна у пожилых больных в рамках аффективных расстройств в первичной амбулаторной сети. Метод. пособ. / СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2012.
2. Бузунов Р.В. Роль мелатонина в лечении бессонницы и циркадных нарушений сна // *Consillium Medicum*. — 2014; 9: 50–3.
3. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы. Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии» / М.: МедиаСфера, 2002; Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Прил., с. 3–16.
4. Ковров Г.В., Воробьева О.В. Нарушение сна: от жалобы к диагностике и лечению // *Рос. мед. журн.* — 2006; 14 (6): 3–6.
5. Левин Я.И. Современная терапия нарушений сна: мировой и российский опыт. Сб. клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии» / М.: МедиаСфера, 2002; Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Прил., с. 17–27.
6. Левин Я.И. Доксиламин (Донормил) в лечении инсомнии // *Рос. мед. журн.* — 2006; 14 (9): 704–9.
7. Левин Я.И. Клинический опыт применения зопиклона (Релаксон) при инсомнии // Эффективная фармакотерапия. Неврология и психиатрия. — 2011; 1: 14–20.
8. Левин Я.И. Современная терапия нарушений сна: мировой и российский опыт. Сб. клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии» / М.: МедиаСфера, 2002. Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. Прил., с. 17–27.
9. Михалюк Р.А. Инсомнии у пожилых. Учебно-методическое пособие / Минск: БелМАПО, 2008; 29 с.
10. Полуэктов М.Г., Ляшенко Е.А. Возможности коррекции инсомнии у пожилых пациентов // Эффективная фармакотер. Неврология (спецвып.). — 2014; 22: 44–8.
11. Цыган В.Н., Богословский М.М., Апчел В.Я. и др. Физиология и патология сна / СПб: СпецЛит, 2006; 160 с.

## SLEEP DISORDERS AS A PROBLEM OF PREVENTIVE GERIATRICS

*E. Lysova; V. Krivetsky, Candidate of Medical Sciences; L. Varavina, Candidate of Medical Sciences  
Belgorod Regional National Research University*

*The paper considers the etiology, pathogenesis, and clinical features of insomnias at an elderly age, as well as prevention measures and general principles in the correction of sleep disorders in elderly patients*

**Key words:** insomnias, elderly age, sleep hygiene, hypnotics.