

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

КАФЕДРА ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ С КУРСОМ
АЛЛЕРГОЛОГИИ И ПРОФПАТОЛОГИИ

Р.А. Михалюк

**Инсомнии у пациентов старших
возрастных групп в общей медицинской
практике**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2016

УДК 616.8-009.836.14-053.9 (075.9)

ББК 56.12+52.5я73

М 69

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол № 9 от 20.12. 2016г.

Автор:

доцент кафедры геронтологии и гериатрии с курсом аллергологии и профпатологии, канд. мед. наук *Михалюк Р.А.*

Рецензенты:

главный научный сотрудник ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии»,
доктор мед. наук, профессор Недзьведь Г.К.

кафедра клинической фармакологии БГМУ

Михалюк Р.А.

М 69

Инсомнии у пациентов старших возрастных групп в общей
медицинской практике: учеб.-метод. пособие /Р.А. Михалюк. –
Минск: БелМАПО, 2016. – 30с.

ISBN 978-985-584-083-2

В пособии рассмотрена инсомния как один из наиболее часто встречающихся видов нарушения сна у пожилых. Отражены причины, а также особенности клинических проявлений и течения. Изложены основные методы диагностики, а также немедикаментозной и лекарственной терапии инсомний у пациентов старших возрастных групп с учетом возрастных особенностей.

Пособие предназначено для врачей терапевтов, гериатров, неврологов, врачей общей практики.

УДК 616.8-009.836.14-053.9 (075.9)

ББК. 56.12+52.5я73

ISBN 978-985-584-083-2

© Михалюк Р.А., 2016

© Оформление БелМАПО, 2016.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

REM – rapid eyes movement (быстрый, или парадоксальный сон)

REM-фаза – фаза быстрого, или парадоксального сна

АД – артериальное давление

БДГ – быстрые движения глаз

МС – медленный (медленноволновый) сон

ПС – парадоксальный сон

САС – синдром «апноэ во сне»

СБН – синдром беспокойных ног

ЦНС – центральная нервная система

ЭМГ – электромиограмма

ЭОГ – электроокулограмма

ЭЭГ – электроэнцефалограмма

ВВЕДЕНИЕ

Проблема сна является одной из самых интересных и важных не только в физиологии, психологии, биологии и медицине, но и в повседневной жизни. Это связано с тем, что от того, как человек спит и насколько он удовлетворен сном, зависит качество его жизни, здоровье, успехи.

Между тем, как показывают эпидемиологические исследования, проблемы со сном в течение жизни имеют большинство людей. В настоящее время в развитых странах не менее 50% взрослых людей страдают от различных расстройств сна, при этом у 13% из них проблема является достаточно тяжелой, а 46% населения отмечают дневную сонливость.

Одним из наиболее частых расстройств сна является инсомния. Оценки ее распространенности в эпидемиологических исследованиях варьируют в очень широком диапазоне. В общей популяции о плохом качестве сна на протяжении жизни сообщают 33-50% взрослых; 10-15% лиц говорят о том, что бессонница у них вызывает дискомфорт и сопровождается ухудшением функционирования в дневное время; от 5 до 10% респондентов соответствуют клиническим критериям инсомнии.

Несмотря на такие высокие уровни распространенности, многочисленные данные указывают на то, что часто инсомния не выявляется, не диагностируется и не лечится.

Как показывают исследования, инсомнии ведут ко многим негативным последствиям и проявлениям. Так, нарушения качества и количества ночного сна вызывают некачественное дневное бодрствование: снижение работоспособности, быструю утомляемость, невнимательность, снижение когнитивных способностей, заторможенность. Кроме того, нарушения сна усугубляют астеноневротические проявления, головные боли, головокружения, утомляемость, вследствие чего увеличивается риск падений, что является особенно опасным для пациентов старших возрастных групп.

Нарушения сна являются причиной усугубления артериальной гипертензии, коронарной недостаточности и, следовательно, фактором риска развития инфарктов миокарда, инсульта. Кроме того, существует ряд заболеваний, которые, возникая во сне, имеют совершенно иное (иногда более тяжелое) течение: например, ночные инфаркты миокарда, инсульты, стенокардия, ночная пароксизмальная мерцательная аритмия, эпилепсия, мигрени, панические атаки, бронхиальная астма, гипертонические кризы, гипотонические или дистонические кризы и многое другое.

Особенно часто жалобы на нарушения сна предъявляют пожилые пациенты. Практически все пожилые люди в той или иной степени жалуются на плохой сон. В условиях полиморбидности у пожилых, когда одна патология накладывается на другую, усугубляя и утяжеляя проявления,

лечить нарушения сна у этой категории пациентов весьма трудно. Зачастую врачи не лечат инсомнию, чтобы избежать полипрагмазии и ятрогенной патологии.

Задачи, стоящие перед врачом общей практики во время амбулаторного приема пожилого пациента с инсомнией достаточно сложны и многоплановы. Во-первых, необходимо уточнить характер инсомнии, поставить диагноз и решить, назначать ли лечение самому или направить пациента к специалисту, например, сомнологу, неврологу или психотерапевту. Во-вторых, в случае назначения медикаментозного лечения, необходимо сориентироваться в десятках препаратов, назначаемых в качестве снотворных и выбрать наиболее подходящий для пациента. При этом совершенно необходимо учитывать характер симптомов, наличие полиморбидности, противопоказания, взаимодействия с другими препаратами и побочные эффекты, что особенно актуально у пациентов старших возрастных групп.

НЕЙРОАНАТОМИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ СНА

Изучены гипногенные центры, то есть те отделы головного мозга, которые регулируют механизмы поддержания сна и бодрствования.

Гипногенные центры включают три вида структур:

- структуры, обеспечивающие развитие медленного сна: передние отделы гипоталамуса (преоптические ядра), неспецифические ядра таламуса, ядра шва (содержат медиатор серотонин), тормозной центр Морuzzi (средняя часть моста);
- структуры, обеспечивающие развитие быстрого сна: голубое пятно, вестибулярные ядра продолговатого мозга, верхнее двухолмие среднего мозга, ретикулярная формация среднего мозга;
- центры, регулирующие цикл сна и бодрствования: голубое пятно (стимуляция – пробуждение), отдельные участки коры больших полушарий.

Функционирование гипногенных центров (чередование сна и бодрствования) осуществляется с помощью нейромедиаторов. Изучены гормоны, участвующие в реализации цикла сна-бодрствования. Это **гормоны «бодрствования»** (гистамин, норадреналин, дофамин, эпинефрин) и **гормоны «сна»** (мелатонин, аденозин).

В 1998 году две независимые группы исследователей в США выделили из гипоталамуса крыс неизвестные ранее аминокислотные последовательности двух сходных пептидов, названных одной группой гипокрeтинами (ГИПОталамические сеКРЕТИНЫ), а другой группой – орексинами (от греч. «орех» - аппетит, так как локализуются в гипоталамусе вблизи так называемого «пищевого центра», где находятся клетки, участвующие в регуляции голода и насыщения).

Орексины-гипокретины представляют собой олигопептиды, играющие роль своеобразного «контролера сна». Активируя «центры бодрствования» они вызывают реакцию пробуждения на ЭЭГ и поведенческое бодрствование, и, наоборот, при уменьшении их выработки активируются «центры сна». Недостаточная выработка этих гормонов ведет к развитию нарколепсии.

АРХИТЕКТУРА СНА

Сон – это жизненно необходимое, периодически наступающее особое функциональное состояние организма, занимающее у человека ежедневно около 1/3 времени и характеризующееся обездвиженностью, отсутствием сознания и почти полной отключенностью от сенсорных воздействий внешнего мира, а также специфическими и вегетативными проявлениями.

Физиологические механизмы сна, как и механизмы бодрствования, сложны и до конца не изучены, в силу этого существуют различные гипотезы, теории и взгляды на них (например, анимистическая теория, теория гипнотоксинов, теория развитого торможения И.П. Павлова, биохимическая теория, теория ретикулярной формации и др.).

Сон, периодически чередуясь с бодрствованием, относится к циркадным (околосуточным) ритмам и во многом определяется суточным изменением освещенности.

Средняя продолжительность сна человека обычно зависит от многочисленных факторов: начиная от возраста, пола, образа жизни, питания и степени усталости, до внешних факторов (общий уровень шума, местонахождение и т. д.). Естественная потребность во сне у взрослого человека колеблется от 4 до 10 – 11ч в сутки, в среднем - 7 – 8 ч. На протяжении жизни продолжительность сна и потребность в нем меняются. Так, общая продолжительность суточного сна новорожденных достигает 21 – 23ч; в возрасте года – 14 ч; в 4 года – 12 ч, в 10 лет – 10 ч, взрослые спят около 8 ч; пожилые – приблизительно 6 ч, а люди старческого возраста – 8 – 10 ч.

Человек произвольно может не спать 48 – 72 ч, после этого засыпает; при полном лишении сна в течение 4 – 5 суток появляется непреодолимая потребность во сне, резко замедляется скорость психических реакций, развиваются различные нарушения психики.

Длительность сна влияет на продолжительность жизни. Установлено, что при длительности сна менее 6 ч смертность среди мужчин повышается в 1,7 раза, среди женщин – в 1,6 раза.

Вместе с тем, согласно новому исследованию, проведенному американскими учеными, слишком долгий сон может снижать умственные способности человека. Как показали результаты анализа, люди, которые спят в среднем по 9 часов и более, имеют более низкие показатели когнитивных функций мозга по сравнению с теми, кто спит по 6-8 часов в сутки.

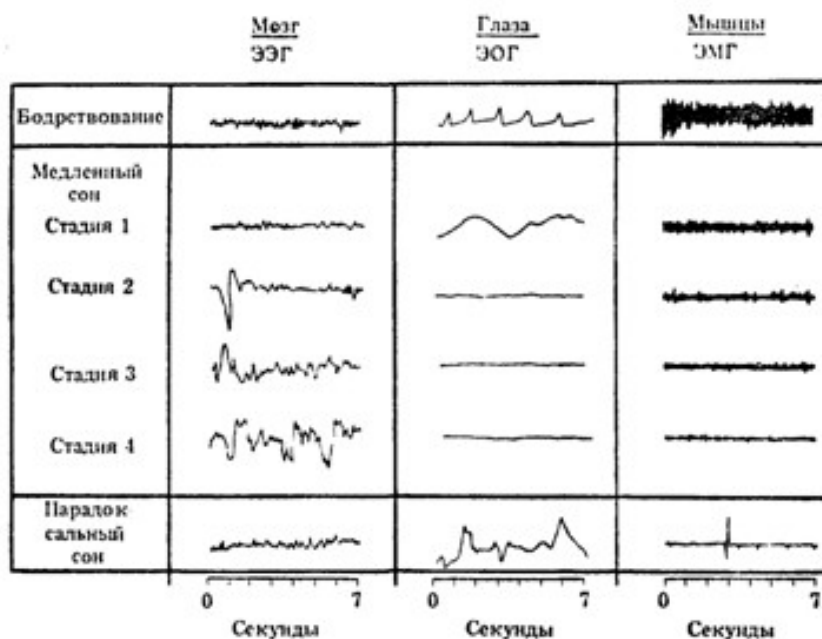
Результаты проведенной работы опубликованы в журнале Psychiatric Research.

Архитектура сна изучена с помощью основного метода изучения сна – полисомнографии. Сон обычно состоит из 4–6 циклов, состоящих из периодической смены фаз медленного и быстрого сна. Средняя длительность цикла составляет 90–100 мин, первый цикл обычно является наиболее продолжительным.

Цикл ночного сна – это период, за время которого спящий последовательно проходит 4 стадии. Начиная от дремоты (стадия 1) и заканчивая наиболее глубоким, так называемым «дельта-сном» (стадии 3 и 4), составляющие в сумме фазу обычного (медленного, медленноволнового) сна, который затем резко сменяется фазой парадоксального (быстрого) сна. В фазе быстрого сна человек видит сны.

После окончания фазы быстрого сна начинается новый цикл, либо человек пробуждается. За ночь человек проходит 4 – 6 циклов сна. Медленный сон занимает 75–80% времени сна (на II стадию приходится 45–55%), быстрый сон – 20–25%.

Каждая стадия фазы медленного сна и фаза быстрого сна имеют свои характерные электрографические черты, а также свои нейрофизиологические характеристики (рисунок).



Так, например, **стадия I**, или дремотная стадия, характеризуется постепенным замещением альфа-ритма низкочастотными колебаниями и появлением низкоамплитудных тета-волн, которые регистрируются при ЭЭГ головного мозга; стадия II, или стадия сонных веретен – комплексов колебаний частотой 12–16 периодов в секунду. Для этой стадии характерно наличие К-комплексов – двухфазных колебаний потенциала, часто непосредственно переходящих в сонные веретена – выбросы более быстрых волн, по своему виду напоминающих веретена самопрямки.

III и IV стадии объединяют под общим названием “дельта-сон”. Стадия III характеризуется увеличением числа регистрируемых на ЭЭГ дельта-волн (частотой 2 кол/с и менее), занимающих от 20 до 50% эпохи записи сна. Появление регулярных медленных волн свидетельствует о вступлении в III стадию, а нарастание количества и высоты медленных волн определяет наступление IV стадии. Стадия IV (самая глубокая) характеризуется наличием на ЭЭГ дельта-волн частотой 2 кол/с и менее, амплитудой выше 75 мкВ, занимающих более 50% эпохи записи сна.

Именно в стадии “дельта-сна” происходит накопление энергетических и фосфатергических связей, синтез пептидов и нуклеиновых кислот, происходит пик секреции соматотропного гормона ("ребенок растет во сне"), пролактина, мелатонина, повышается функциональная активность интерлейкина-1 и интерлейкина-2 и других компонентов иммунной системы. В фазу медленного глубокого сна происходит восстановление физической активности организма. В эти стадии человека очень трудно разбудить.

При нормальном засыпании человек проходит через все четыре стадии медленного сна. Затем примерно через 1,5 ч на ЭЭГ неожиданно и резко появляются быстрые волны. Глаза спящего закрыты, но время от времени они совершают движение из стороны в сторону – начинается следующая фаза – быстрого сна.

Фаза быстрого сна или парадоксальный сон (ПС), или стадия быстрых движений глаз (БДГ) имеет свои характерные нейрофизиологические характеристики. Наблюдается значительное снижение амплитуды колебаний на ЭЭГ, появление пилообразных разрядов, низкоамплитудной быстрой активности, иногда альфа-ритма, частота которого снижается на 1–2 кол/с. Появляется феномен быстрых движений глаз (rapid eyes movement (англ.) – REM) на ЭОГ; резкое снижение тонуса мышц, регистрируемое на ЭМГ. Именно появление быстрых движений глаз и обусловило название этой фазы – REM-фаза.

В фазе парадоксального сна (ПС) дыхание становится более частым, нерегулярным, частота сердечных сокращений увеличивается, АД повышается, а у мужчин возникают эрекции. В этот период происходит пик выработки стрессорных гормонов (адренокортикотропного, тиреотропного), именно в эту стадию отмечаются сновидения. Стадию ПС называют "вегетативной бурей" когда "мозг бушует". Мышцы же конечностей в эту стадию максимально расслаблены.

Во время быстрого сна человек видит сны, большинство мышц предельно расслаблены – иначе мы бы двигались во сне. Если механизм, управляющий отключением мускулатуры во сне, не срабатывает, у человека проявляется речевая и моторная активность, он может метаться во сне, кричать, даже нанести себе телесные повреждения. Это называется нарушением REM-поведения, и, как правило, оно свойственно людям с органическим поражением головного мозга.

ПС играет важную роль в консолидации мозгом информации, полученной в течение дня (память, обучение), идет переработка эмоциональной информации, восстановление психологического статуса, закладка программы поведения на завтра. REM-сон важен для процессов обучения и запоминания, воздействует на настроение, творческие способности и сексуальную активность.

Период быстрого сна обычно очень краток – около 10 мин. Затем цикл начинается снова: медленный сон сменяется быстрым. Медленноволновая фаза превалирует в первой трети ночи, а доля быстрого сна увеличивается в утренние часы. При этом дельта-сон (самая глубокая стадия медленного сна) может полностью отсутствовать.

Циклы сна неодинаковы по своей структуре: в первую половину ночи преобладает глубокий дельта-сон, а под утро – легкий сон (стадия 2) и фаза быстрого сна.

Первые циклы сна в начале ночи обычно содержат длительные периоды глубокого сна и короткие периоды ПС. В течение ночи продолжительность периодов ПС увеличивается, а количество глубокого сна уменьшается. К утру люди проводят практически все время своего сна в первой, второй стадиях сна (поверхностный сон) и REM-сне.

Таким образом, первая половина ночи идет на восстановление физической активности, а вторая - на восстановление психоэмоционального статуса и закладку программы поведения на следующий день. Для физического и умственного здоровья важна не только общая продолжительность сна, но и соответствующий баланс всех его стадий. Если "архитектура" сна нарушена, возникают инсомнии. Возрастные изменения приводят к изменениям в структуре сна.

ОСОБЕННОСТИ СНА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Для пациентов пожилого возраста наиболее характерно хроническое течение инсомнии. Часто может иметь место несовпадение объективных характеристик сна и субъективной его оценки. Больные могут предъявлять жалобы на полное отсутствие сна, тогда как при объективном полисомнографическом исследовании выясняется, что структура сна деформирована незначительно, а его продолжительность превышает 5 ч. Такая ситуация определяется как "агнозия сна", или искаженное восприятие сна. В подобных случаях необходимо сделать акцент на немедикаментозных методах лечения и психотерапии.

Для пожилых пациентов характерно снижение общей длительности сна в течение суток, увеличение длительности поверхностных (первой и второй) стадий сна, увеличение времени засыпания, фрагментация сна, укорочение стадий медленного глубокого сна (особенно у мужчин), относительная сохранность фазы быстрого сна, повышенная двигательная активность во

время сна (больные "крутятся в постели"). Длительность периода засыпания с возрастом значительно не меняется.

Во время бодрствования для пожилых пациентов характерны дневной сон, микрозасыпания во время бодрствования, увеличение представленности медленных ритмов и замедление частоты основного ритма на ЭЭГ.

Для пожилых пациентов характерен сдвиг фаз сна на более ранний период в результате десинхронизации между внутренней ритмичностью и факторами внешней среды. Возникает так называемый синдром раннего наступления фаз сна. Пожилые пациенты жалуются на выраженную сонливость в 19-20 ч, в 3-4 ч утра они просыпаются и не могут больше заснуть. В ряде исследований десинхронизации фаз сна подтверждается уменьшением числа нейронов, участвующих в функционировании "биологических часов" по мере старения. Изменения стиля жизни, например, уменьшение социoproфессиональных связей, также оказывает влияние на десинхронизацию.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Для пожилых пациентов наиболее характерна мультифакторная природа нарушений сна: сочетание медицинских, психологических, социальных факторов на фоне органической мозговой дисфункции.

К основным причинам нарушений сна относят:

- стрессы (отрицательные и положительные события в жизни человека, требующие дополнительной адаптации);
- неврозы (тревога, депрессия и др.);
- бесконтрольный и некорректный прием медикаментов (например, длительный прием "долгоживущих" бензодиазепинов или прием ноотропов в вечернее время и др.);
- обострение соматических или неврологических заболеваний;
- нерациональный ритм профессиональной деятельности (работа в ночное время, смена часовых поясов и т.п.).

Безусловно, частой причиной нарушений сна у пожилых пациентов является снижение их физической активности во время бодрствования в силу ограничения жизнедеятельности.

У пожилых пациентов может развиваться ятрогенная инсомния. Многие лекарственные препараты способны вызвать расстройства сна: антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропы, анорексигены, кортикостероиды, бронходилататоры, бета-блокаторы (особенно анаприлин), некоторые антибиотики (хинолоны), гиполипидемические, антипаркинсонические (леводопа, селегилин), противокашлевые,

антиэпилептические, ингибиторы МАО, тиазиды и другие диуретики, кофеинсодержащие анальгетики и др.

Не следует забывать и о существовании "рикошетной инсомнии» (инсомнии отмены). Данный вид ятрогенного нарушения сна возникает при быстрой отмене бензодиазепинов с коротким и средним периодом полувыведения.

Бесконтрольный прием пациентами психотропных средств (очень часто "долгоживущих" бензодиазепинов, например, феназепама, хлордiazепоксиды, diaзепам и др.) также приводит к нарушениям сна. Можно даже говорить о существовании "абузусной" инсомнии у пожилых, или инсомнии злоупотребления (от английского "abuse" - злоупотребление).

Нередко нарушения сна у пожилых обусловлены соматическими заболеваниями, психическими расстройствами, неврологическими нарушениями.

Среди причин нарушений сна лидируют такие болезни, как артериальная гипертензия, сердечно-сосудистая недостаточность, гастроэзофагеальный рефлюкс, язва желудка, бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких и болезнь Паркинсона.

Частыми причинами инсомнии являются заболевания, протекающие с усиливающимся в ночное время болевым синдромом (ревматические боли, артриты, приступы стенокардии и т.п.). Кроме того, иногда сама терапия соматических заболеваний вызывает нарушения сна (неадекватный по времени прием диуретиков, слабительных препаратов и т.д.).

Однако 2/3 всех вторичных инсомний у пожилых пациентов вызывают психические нарушения и наиболее часто - депрессия. Именно для депрессивных больных характерен навязчивый страх перед наступлением ночи, формирование "страха постели". Для инсомнии на фоне депрессии наиболее характерны постсомнические нарушения.

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ИНСОМНИИ

Большинство авторов считают, что в основе патогенеза инсомнии лежит наличие у больных хронической мозговой гиперактивации в течение дня. Это проявляется на когнитивном и физиологическом уровнях.

На когнитивном уровне – это постоянное беспокойство о наличии расстройств сна: пациент «не дает сам себе забыть» об имеющихся у него проблемах со сном, причем это беспокойство усиливается во вторую половину дня.

На физиологическом уровне это:

- более высокий уровень обмена веществ и потребления кислорода;
- преобладание симпатической гиперактивации ведет к вариабельности ритма сердца во время сна;

- повышение уровня «стрессовых гормонов» в сыворотке крови и моче (кортизола, АКТГ);
- по данным нейровизуализации выявлен более высокий уровень метаболизма глюкозы в мозге у больных инсомнией по сравнению со здоровыми людьми, как в состоянии бодрствования, так и во сне.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Согласно современной Международной классификации расстройств сна, инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающие несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида».

В МКБ-10 инсомния классифицируется в рубрике G47. как «нарушение засыпания и поддержания сна (бессонница)» (G47.0). Однако, по мнению многих авторов, термин "бессонница" является не совсем корректным, и он неточно определяет сущность процесса, поскольку сон видоизменяется, но никогда не исчезает полностью.

Инсомнии подразделяются на недостаток сна с преобладанием:

- пресомнических нарушений (трудности засыпания и начала сна);
- интрасомнических нарушений (чуткий, "поверхностный" сон, частые ночные пробуждения);
- постсомнических нарушений (разбитость, сниженная работоспособность, неудовлетворенность сном вскоре после пробуждения, раннее пробуждение).

Для пожилых пациентов наиболее характерны постсомнические нарушения, им свойственно раннее пробуждение и неудовлетворенность сном.

Согласно современной Международной классификации расстройств сна 2014 г., выделяют различные виды инсомний.

1. **Адаптационная инсомния** (острая инсомния). Это расстройство сна возникает на фоне острого стресса, конфликта или изменения окружения.

2. **Психофизиологическая инсомния.** Если нарушения сна сохраняются на более длительный срок, они «обрастают» психологическими нарушениями, наиболее характерным из которых является формирование «боязни сна», характеризующееся соматизированным нарастающим напряжением в вечерние часы.

3. **Псевдоинсомния (агнозия сна).** Это нарушение восприятия собственного сна, связанное, прежде всего, с особенностями ощущения времени в ночное время (периоды бодрствования ночью хорошо

запоминаются, а периоды сна — наоборот, амнезируются) и фиксация на проблемах собственного здоровья, связанных с нарушением сна.

4. Идиопатическая инсомния. Нарушения сна при этой форме инсомнии отмечаются с детского возраста, и другие причины их развития исключены.

5. Инсомния при психических расстройствах. 70% больных психическими расстройствами невротического ряда имеют проблемы инициации и поддержания сна.

6. Инсомния вследствие нарушения гигиены сна. При этой форме инсомнии проблемы со сном возникают на фоне деятельности, приводящей к повышению активации нервной системы в периоды, предшествующие укладыванию (употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в вечернее время или же другая активность, неудобная для сна обстановка).

7. Поведенческая инсомния детского возраста. Возникает, когда у детей формируются неправильные ассоциации или установки, связанные со сном (например, потребность засыпать только при укачивании, нежелание спать в своей кроватке), а при попытке их убрать или скорректировать проявляется активное сопротивление ребенка, приводящее к сокращению времени сна.

8. Инсомния при соматических заболеваниях. Проявления многих болезней внутренних органов или нервной системы сопровождаются нарушением ночного сна (голодные боли при язвенной болезни, ночные аритмии, болевые невралгии и т. д.).

9. Инсомния, связанная с приемом лекарственных препаратов или других субстанций. Наиболее распространена инсомния, возникающая при злоупотреблении снотворными препаратами и алкоголем. При этом отмечается развитие синдрома привыкания (потребность в увеличении дозы препарата для получения того же клинического эффекта) и зависимости (развитие синдрома отмены при прекращении приема препарата или уменьшении его дозы).

По течению инсомнии подразделяют на острые, подострые и хронические. К острым инсомниям относят нарушения сна длительностью до 4 недель, к подострым – более 4 недель, но менее 6 месяцев, и хронические – 6 месяцев и более. Инсомния длительностью менее одной недели определяется как транзиторная или ситуационная.

По степени выраженности выделяют инсомнию слабо выраженную, средней степени выраженности и выраженную.

ИНТРАСОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Наиболее распространенными синдромами, возникающими во сне и лидирующими в качестве причины интрасомнических расстройств, особенно

у пожилых, является синдром «апноэ во сне» (САС), а также синдром беспокойных ног (СБН).

САС – это периодически возникающее во время сна кратковременное полное или частичное прекращение дыхания, продолжительностью 10с и более, повторяющееся на протяжении часа многократно (5 – 6 раз и более) и сопровождающееся некоторыми другими симптомами. САС бывает центрального и периферического генеза.

Периферические апноэ (обструктивное сонное апноэ) развиваются вследствие изменения тонуса мышц или механической окклюзии верхних дыхательных путей и характеризуются чередованием повторных эпизодов обструкций верхних дыхательных путей на уровне рото- или носоглотки и остановок дыхания, сопровождающихся преходящей гипоксемией, а затем происходит фаза восстановления дыхания и гипервентиляция. Это сопровождается ощущениями удушья и нехватки воздуха при внезапном пробуждении, храпом, повышенной двигательной активностью и частыми пробуждениями.

Кроме того, при САС часто имеют место никтурия и ночное недержание мочи (энурез), в утренние часы – головные боли и дневная сонливость. Этот симптомокомплекс наиболее распространен среди лиц с избыточным весом, у мужчин и пожилых людей. Предшествует САС обычный храп, который через некоторое время (от нескольких месяцев до нескольких лет) перерастает в остановки дыхания во сне.

Центральные апноэ возникают в результате возникновения патологического процесса в надсегментарных отделах мозга (опухоль, киста, черепно-мозговая травма, дегенеративное заболевание и др.).

Для пожилых пациентов наиболее характерны периферические апноэ, хотя и центральные апноэ вследствие дегенеративных изменений головного мозга и повреждения структур дыхательного центра также могут иметь место.

Скрининговое правило выявления САС

(ICSD-2, 2005; American Academy of Sleep Medicine, 1999)

- Указания на остановки дыхания во сне
- Указания на громкий и прерывистый храп
- Повышенная дневная сонливость
- Учащенное мочеиспускание
- Длительное нарушение ночного сна (> 6 мес.)
- Артериальная гипертензия (особенно ночная и утренняя)
- Ожирение 2 – 4 ст.

Вероятность САС очень высока (30-50%) у пациентов со следующими соматическими диагнозами:

- Ожирение 2 ст. и выше (ИМТ > 35)
- Метаболический синдром
- Пиквикский синдром

- АГ 2 ст. и выше (особенно ночная, утренняя и рефрактерная к лечению)
- Сердечные брадиаритмии в ночное время
- Сердечная недостаточность 2 ст. и выше
- ХОБЛ тяжелого течения
- Дыхательная недостаточность 2 ст. и выше
- Легочное сердце
- Гипотиреоз.

У лиц старше 60 лет частота САС колеблется в пределах от 26 до 73%, при этом у мужчин значительно чаще, чем у женщин.

САС рассматривается сегодня как одна из ведущих причин инвалидности и смертности населения. Смертность больных от «чистого» сонного апноэ составляет в среднем 6 – 8%. Этот же синдром усугубляет инвалидность и смертность от болезней сердечно-сосудистой и других систем. Значительная часть «ночных» смертей, которые объясняли «внезапной кардиальной смертью», в действительности связаны с САС.

Синдром беспокойных ног (МКБ-10 G25.8) проявляется неприятными ощущениями в нижних конечностях и их избыточной двигательной активностью в покое или во время сна. У пациентов пожилого возраста является причиной 15% случаев инсомнии. Выделяют идиопатический (первичный) и симптоматический (вторичный) СБН. У пациентов старших возрастных групп преимущественно встречается вторичный СБН.

Наиболее частыми этиологическими факторами являются: сахарный диабет, амилоидоз, дефицитарные состояния (железа, магния, гиповитаминозы), алкоголизм, ХОБЛ, гипотиреозы, тиреотоксикозы, системные заболевания, облитерирующие заболевания артерий, венозная недостаточность и пр.

Основные проявления СБН:

- Неприятные ощущения в ногах
- Ухудшение в покое
- Улучшение при движениях
- Связь со временем суток
- Движения конечностей во сне
- Заболевание часто сопровождается инсомнией.

ДИАГНОСТИКА ИНСОМНИИ

Обследование пациентов с инсомнией следует начинать со сбора точного и детального анамнеза, который должен включать историю развития симптомов, их начало и характер прогрессирования, переход в хроническое

состояние, данные о лечении. Важным является также выявление влияния нарушений сна на дневную активность в виде жалоб на сонливость, усталость, слабость, снижение концентрации внимания и памяти.

Основу диагностической оценки инсомнии составляют субъективные сообщения. Поэтому во время расспроса пациента клиницисту следует собрать информацию, которая касается привычных паттернов сна, характера и тяжести проблем со сном, ухудшения функционирования в дневное время, выявить возможное влияние отрицательных внешних факторов или вредных привычек и форм поведения, которые отрицательно сказываются на количестве и качестве сна. Прием некоторых лекарственных средств (антиконвульсанты, бета-блокаторы, антипсихотики, антидепрессанты, нестероидные противовоспалительные препараты) может вызывать нарушения сна.

Для постановки диагноза инсомнии, согласно рекомендациям ВОЗ, используются следующие критерии:

- жалобы на трудности засыпания и сохранения сна, а также на плохое его качество;
- расстройство сна, наблюдаемое не менее 4 раз в неделю в течение 1 мес.;
- неудовлетворенность количеством или качеством сна.

Общими классификационными клиническими признаками инсомнии, необходимыми для достоверного диагноза, являются:

- жалобы на плохое засыпание и плохое качество сна;
- нарушение сна не менее 3 раз в неделю в течение 1 месяца;
- обеспокоенность бессонницей и ее последствиями (как ночью, так и в течение дня);
- вызванное неудовлетворительной продолжительностью и (или) качеством сна недомогание либо нарушение социального и профессионального функционирования.

При нарушениях сна используются следующие **методы обследования:**

- клиническая оценка пациента (изучаются жалобы и анамнез пациента, проводится стандартное обследование соматического, неврологического, психологического статуса);
- анкетный метод (используют анкету балльной оценки субъективных характеристик сна, анкету для скрининга апноэ во сне, анкету причин нарушений сна (по мнению пациента), шкалу дневной сонливости (Epworth) и др.);
- тестирование психической сферы для выявления психоэмоциональных причин, лежащих в основе инсомнии (депрессия, тревога и др.);
- полисомнография: во время сна непрерывно регистрируется ЭЭГ, ЭМГ, ЭОГ. Кроме того, регистрируется электрокардиограмма, пульс, АД, температура тела, двигательная активность, движения грудной и брюшной

стенки, ороназальный ток воздуха, уровень насыщения кислородом крови, выраженность храпа, эрекция пениса, производится видеомониторирование;

- инструментальные и лабораторные исследования для выявления возможных органических причин нарушений сна.

ТЕРАПИЯ ИНСОМНИЙ

Наиболее часто использующиеся в мировой практике рекомендации по лечению хронической инсомнии были опубликованы в 2005 году по результатам работы согласительного комитета Национального Института Здоровья США, с уточнением клинических аспектов в форме рекомендаций Американской академии медицины сна в 2008 году.

Терапия инсомний включает два подхода. Первый – устранение факторов, вызывающих нарушение сна, второй – использование мероприятий по нормализации сна.

Первый подход связан с предупреждением или смягчением различных стрессовых, психотравмирующих факторов, что достигается рекомендациями по организации труда и отдыха, жизни в целом, гигиене сна, психотерапевтическими и психофармакологическими подходами. Необходимы лечение психических, психосоматических, неврологических, соматических заболеваний, отказ от злоупотребления психотропными средствами и алкоголем, адекватная терапия САС и СБН.

Второй подход включает немедикаментозные методы лечения и фармакотерапию.

По результатам работы согласительного комитета было признано, что независимо от клинической формы инсомнии методом выбора в лечении является применение поведенческих техник, включающих как нормализацию гигиены сна, так и активное изменение условий сна (собственно поведенческая терапия) и представлений о собственном сне (когнитивная терапия).

Наиболее часто используются следующие **методы поведенческой коррекции и психотерапии инсомнии:**

- релаксационный: занятия со специалистом по аутотренингу, самостоятельное обучение мышечной и умственной релаксации;
- когнитивная терапия: обучение основам физиологии сна и его нарушений с целью устранения избыточного беспокойства пациента по поводу собственного сна;
- ограничение стимуляции: ограничить внешние воздействия, укладываться спать, только при ощущении сонливости, при отсутствии желания спать – вставать с постели;

- ограничение сна: уменьшение времени, проводимого в постели до действительно занятого сном, с постепенным его добавлением по мере консолидации сна.

Гигиена сна представляет собой достаточно широкое понятие, регламентирующее организацию среды обитания и поведения человека с целью достижения максимального количества сна.

Основные рекомендации гигиены сна:

- обеспечение комфортного окружения сна;
- установление и соблюдение регулярного распорядка и подъема и отхода ко сну;
- понижение уровня физической и умственной активности в период, предшествующий сну;
- исключение приема стимулирующих и мешающих засыпанию веществ и пищевых продуктов;
- использование постели только для сна.

К числу немедикаментозных методов терапии инсомнии относятся и методики лечения таких пациентов светом. **Методы свето- и фототерапии** основаны на том, что яркий свет влияет на нейротрансмиттерные системы мозга (мелатонин, серотонин, дофамин) и через систему глаз, гипоталамус, эпифиз управляет циркадными ритмами, в том числе циклом «сон-бодрствование». Так, ученые из Медицинской школы Сент-Луиса (США) проводили исследование, в котором участвовали пожилые пациенты из дома престарелых, и сделали вывод, что пребывание в течение 30-60 мин под прямыми солнечными лучами улучшает качество и продолжительность сна (метод светотерапии).

Кроме того, при постсомнических нарушениях, которые особенно часто встречаются у пожилых пациентов, следует использовать и фототерапию – метод лечения ярким белым светом (интенсивностью от 2000 до 10000 люкс).

В настоящее время достаточно широко используется новый метод **«энцефалофония – «музыка мозга»**, который заключается в преобразовании биоэлектрической активности головного мозга в музыку с помощью специальных компьютерных программ. Прослушивание пациентом такой музыки, являющейся результатом обработки собственной ЭЭГ и записанной в состоянии расслабленного бодрствования, приводит к оптимизации психофизиологических параметров в цикле сон-бодрствование.

Из **физиотерапевтических методик** используются гидротерапия, аэроионотерапия, электротерапия, климатотерапия, приборы, регулирующие ритм дыхания, создающие приятный шум («морского прибоя»), тепловое воздействие на область носа. При любых видах нарушений сна в комплексной терапии **эффективна рефлексотерапия**.

Медикаментозные методы лечения инсомнии. Лечение снотворными средствами назначают в том случае, когда нелекарственные методы оказываются недостаточно эффективными.

Основные принципы назначения снотворных препаратов у пациентов старших возрастных групп:

- индивидуальный прием снотворных и их оптимальных доз в зависимости от характера инсомнии и индивидуальной чувствительности;
- снотворный препарат должен обеспечивать быстрое засыпание, глубокий сон и не вызывать постсомнического синдрома и дневной сонливости;
- пациента необходимо проинформировать о препарате, дозе, возможных побочных эффектах;
- особое внимание следует уделять подбору терапии у пожилых людей (увеличения риска взаимодействия разных препаратов, изменения скорости метаболизма, возможного нарушения координации и когнитивных расстройств);
- больным старших возрастов следует давать «половинную» дозу с учетом взаимодействия с другими лекарствами, обычно принимаемыми пожилыми людьми (гипотензивные, седативные средства);
- длительность приема одного снотворного препарата не должна превышать 3 недель, а при сохраняющейся инсомнии следует назначать другой препарат;
- при подозрении на апноэ во сне не применять бензодиазепины ввиду их выраженного миорелаксирующего эффекта.

Начинать лечение лучше с растительных средств. При необходимости назначения медикаментов в начале терапии следует отдавать предпочтение "короткоживущим" или "среднеживущим" препаратам. Начинать прием снотворных средств нужно с минимальной дозировки с последующим увеличением.

Курс лечения инсомнии в среднем составляет 10-21 день. Необходимо регулярно (каждый вечер) применять снотворное средство. Принимать препараты от случая к случаю, нерегулярно не следует. Только регулярный прием в течение курса дает надежду нормализовать сон и не использовать в дальнейшем снотворные средства.

Если лечение нарушенного сна затянулось, целесообразно делать "лекарственные каникулы". Необходимо отменить снотворное средство хотя бы на 2 недели "под прикрытием" растительных средств, рефлексотерапии, психотерапии, физиолечения, лечебной физкультуры и др.

Следует учитывать, что острые и ситуационные (транзиторные) инсомнии лечатся более успешно и за более короткий срок, чем хронические. Чем больше "стаж" инсомнии, тем более упорной и длительной будет терапия.

Для лечения инсомнии используют препараты разных фармакологических групп, которые проявляют снотворный эффект в

качестве основного или дополнительного. Среди таких препаратов отмечают средства растительного происхождения, бензодиазепины, селективные агонисты бензодиазепиновых рецепторов, мелатонинсодержащие препараты, антигистаминные средства, антидепрессанты, нейролептики, барбитураты и пр.

В настоящее время **первую линию фармакотерапии** инсомнии составляют три группы снотворных средств: бензодиазепины, селективные агонисты бензодиазепиновых рецепторов, мелатонинсодержащие препараты и агонисты рецепторов мелатонина.

Бензодиазепины являются одной из основных групп, использующихся для лечения инсомнии. Бензодиазепины усиливают действие тормозного нейротрансммиттера ГАМК посредством неселективного связывания с ГАМК-А-рецептором. Этим обусловлены седативные, анксиолитические, миорелаксирующие и противосудорожные свойства бензодиазепинов.

Наиболее эффективны бензодиазепины при тревожно-фобическом синдроме как причине нарушенного сна, особенно при острой ситуационной инсомнии.

Среди бензодиазепинов-гипнотиков выделяют препараты с различными периодами полувыведения:

- препараты короткого действия (до 6 часов): мидазолам, триазолам, флуразепам;
- препараты средней длительности действия (до 12 часов): лоразепам, бротизолам, флунитразепам, нитразепам;
- препараты продолжительного действия (более 12 часов): хлордиазепоксид, диазепам, феназепам.

При выборе соответствующего препарата следует учитывать дозу, различия фармакокинетических свойств (уровень абсорбции, распределение, период полувыведения) и соотношение польза-риск. Должна использоваться наименьшая эффективная доза для минимизации побочных эффектов, а у лиц пожилого возраста следует избегать назначения длительно действующих бензодиазепинов.

Серьезные побочные эффекты бензодиазепинов короткого действия включают эффект «отдачи» бессонницы и антероградную амнезию. Бензодиазепины умеренного и продолжительного действия менее эффективны в том, чтобы вызвать наступление сна, но они показаны для поддержания сна и снижения частоты ночных пробуждений.

Аккумуляция активных метаболитов является проблемой у пациентов пожилого возраста, с нарушениями функций печени, поскольку может вызвать спутанность и познавательные дисфункции. Бензодиазепины противопоказаны пациентам с острой алкогольной интоксикацией, при угнетении витальных проявлений, лицам, у которых в анамнезе есть указания на злоупотребление психоактивными веществами, а также во время беременности.

Длительное использование (более четырех недель) ассоциируется с зависимостью, синдромом отмены и трудностью усвоения новой информации.

Именно препаратам короткого действия следует отдавать предпочтение в начале медикаментозной терапии инсомнии. Однако данные препараты будут эффективны только в случае нарушений засыпания и инициации сна (пресомнические нарушения).

Необходимо помнить о множественных побочных эффектах транквилизаторов-гипнотиков, которые особенно часто проявляются у больных пожилого и старческого возраста: чрезмерная седация, миорелаксация, нарушения равновесия, падения, расстройства концентрации внимания, усугубление дисмnestических расстройств, умеренное угнетающее действие на дыхательный центр, возможное усугубление синдрома апноэ во сне, возможность развития лекарственной зависимости к данным препаратам.

Кроме того, бензодиазепины отличаются широким взаимодействием со многими лекарственными препаратами:

- усиление гипотензивного эффекта ингибиторов АПФ, клонидина;
- усиление угнетающего эффекта на ЦНС при сочетанном применении с β -блокаторами;
- увеличение концентрации транквилизатора в сыворотке при сочетанном применении с блокаторами кальциевых каналов;
- увеличение концентрации сердечных гликозидов в сыворотке;
- при сочетании с циметидином, омепразолом повышается концентрация бензодиазепинов в сыворотке;
- при сочетанном приеме с антикоагулянтами (варфарин) отмечается повышение протромбинового времени;
- усиление гипогликемического эффекта при одновременном применении с антидиабетическими препаратами;
- макролиды замедляют метаболизм алпразолама; рифампицин, наоборот, обладает способностью ускорять метаболизм диазепам.

Таким образом, назначать бензодиазепины следует с осторожностью. Необходимо помнить о возможности привыкания к данным препаратам, следовательно, назначать данные препараты на срок более 3 недель регулярного приема крайне нежелательно. При назначении бензодиазепинов пожилым пациентам следует помнить о возможном усугублении синдрома апноэ во сне.

Небензодиазепиновые селективные агонисты ГАМК-А-рецепторов (иногда называемые «z-препаратами», поскольку названия первых трех препаратов этой группы начинались с буквы «z» – золпидем, залеплон, зопиклон) избирательно связываются с $\alpha 1$ -участком ГАМК-А-рецептора, что вызывает седативный эффект без возникновения других реакций, характерных для бензодиазепинов.

Зопиклон эффективен в уменьшении продолжительности времени наступления сна, частоты ночных пробуждений и увеличении общей продолжительности сна. Зопиклон задерживает начало ПС, но, в свою очередь, не снижает продолжительность REM-периодов. Некоторые авторы сообщали о минимальном эффекте отдачи бессонницы и редких побочных эффектах при использовании низких доз препарата (3,75-7,5 мг).

Золпидем обладает снотворным действием и минимальными миорелаксирующими, противосудорожными и противотревожными свойствами. Назначается в дозе 10 мг (у пожилых лиц и при нарушениях функций печени – 5 мг), чтобы ускорить время наступления сна. Форма препарата с длительным высвобождением (таблетки по 12,5 и 6,25 мг, их нельзя делить, крошить и разжевывать) также эффективна для поддержания сна.

Фармакологические свойства **залеплона** схожи с таковыми двух предыдущих препаратов, но данное лекарственное средство отличается ультракоротким действием (быстрое начало и окончание). Назначается в дозе 5-10 мг. Эсзопиклон является стереоизомером зопиклона, обладает большим сродством к связыванию с α -участками ГАМК-А-рецептора по сравнению с другими препаратами этой группы и бензодиазепинами. Доза препарата составляет 1-3 мг. Сообщалось о таких побочных эффектах, как головная боль, неприятный привкус во рту, головокружение, снижение либидо и гинекомастия, поэтому рекомендуется взвешенно подходить к назначению этого препарата.

Для лечения инсомнии в настоящее время широко используются также **синтетические аналоги гормона шишковидной железы мелатонина** (мелаксен, вивамакс и пр.), а также **агонисты рецепторов мелатонина** (рамелтеон).

Мелатонин обладает легким снотворным и значительно более выраженным хронобиологическим (регулирующим циркадные ритмы) действием. Показано, что гипнотическое действие мелатонина возрастает при снижении его внутренней продукции. Мета-анализы, размещенные в Кохрейновской базе данных, подтверждают положительный эффект препаратов мелатонина на засыпание, продолжительность и качество ночного сна. Как правило, рекомендуется прием 3 мг мелатонина за 60-120 мин до сна.

Агонисты рецепторов мелатонина обладают высоким сродством к рецепторам MT1 и MT2, что связывают со способностью вызывать сон. Наиболее известным препаратом этой группы является рамелтеон, разрешенный к применению в США в 2005 году. Он является единственным безрецептурным снотворным препаратом, использование которого одобрено FDA для лечения хронической инсомнии. Рамелтеон безопасен в отношении влияния на когнитивные процессы на следующий день после приема, а также не вызывает развития зависимости. В двойном слепом плацебоконтролируемом исследовании было показано, что применение этого

препарата ведет к укорочению времени засыпания и увеличению общего времени сна. Однако в связи с коротким периодом полувыведения он не эффективен как средство поддержания сна. Рекомендованная доза составляет 8 мг, препарат быстро абсорбируется (0,75-0,94 часа), период полувыведения – 1,3 часа.

Вторая линия лечения инсомнии представлена антидепрессантами, атипичными антипсихотиками с седативным действием и антигистаминными средствами.

Антидепрессанты показаны при определении у пациента проявлений депрессии, как явной, так и маскированной, а также при инсомнии, вызванной депрессией. Для лечения инсомнии обычно используются более низкие дозы антидепрессантов по сравнению с теми, которые применяются при лечении депрессивных или тревожных расстройств.

В отношении влияния на сон доказан положительный эффект двух из них – trazодона и доксепина.

Тразодон – антидепрессант, являющийся агонистом серотониновых рецепторов со свойствами ингибитора обратного захвата серотонина. Обладая мощным седативным действием, улучшает продолжительность сна. Тразодон, в отличие от других серотонинергических антидепрессантов, не вызывает тахикардию, не влияет на когнитивные функции, а также не оказывает негативного влияния на половую функцию и массу тела и является предпочтительным выбором для лиц, склонных к злоупотреблению психоактивными веществами, поскольку зависимость и толерантность не ассоциируются с этим препаратом.

Трициклические антидепрессанты, например, amitriptylin, и nortriptylin, а также доксепин эффективны для улучшения засыпания и продолжительности сна. Эти препараты должны использоваться в наименьших эффективных дозах, чтобы минимизировать антихолинергические эффекты и влияние на сердечную проводимость, особенно у пожилых.

В последние годы для лечения инсомнии широко используется антидепрессант с хронобиологическим действием **агомелатин**, являющийся агонистом мелатониновых рецепторов и антагонистом серотониновых рецепторов. Показано, что применение агомелатина у депрессивных пациентов с нарушением сна способствует восстановлению нормальной структуры сна, нормализации биологических ритмов, в том числе ритма секреции мелатонина. В связи с мелатониновой активностью агомелатин может быть потенциальным регулятором циркадных ритмов у пациентов с депрессией, внося таким образом свой вклад в лечение депрессивной симптоматики. Препарат в дозировках 25-50 мг эффективно улучшает качество сна, уменьшает период засыпания и увеличивает фазу медленного сна.

Подбирая дозу каждого препарата, пожилым пациентам следует уменьшать среднетерапевтическую дозу в среднем в 2 раза.

Доказательная база для применения в лечении инсомнии **антипсихотиков** в настоящее время отсутствует, однако в отечественной клинической практике в качестве снотворных средств применяют такие препараты, как хлорпротиксен, кветиапин, клозапин и др. Как правило, их используют для лечения нарушений сна у больных с деменцией позднего возраста, а также с нарушениями сна в клинике делириозных расстройств, чаще всего сосудистого генеза, поскольку такие пациенты требуют специальных терапевтических подходов.

У дементных больных расстройства сна обусловлены нарушением суточного ритма в виде инверсии сна с бодрствованием в ночное время и сонливостью днем. Как правило, эти состояния сопровождаются дезориентированностью, беспокойным поведением, суетливостью и т.п., то есть проявлениями поведенческих расстройств, характерных для деменций позднего возраста. При делириозных состояниях сосудистого генеза психические нарушения нарастают в вечернее время, ночью возникает или усиливается спутанность, больные не спят, двигательны возбуждены, нередко испытывают обманы восприятия (иллюзии, галлюцинации).

Эти состояния с выраженными нарушениями сна крайне затрудняют ведение больных в стационаре (как и уход в домашних условиях) и нередко являются причиной стрессогенных расстройств у родственников дементных больных и персонала отделений по уходу. Применение транквилизаторов - гипнотиков и гипнотиков групп, как правило, малоэффективно у больных с деменцией или спутанностью. Более того, хорошо известен парадоксальный эффект с усилением возбуждения при их использовании. В этих случаях наиболее оправдано лечение малыми дозами нейролептиков.

Антигистаминные средства нередко назначаются пациентам или они самостоятельно их принимают при инсомнии. Действительно, многие антигистаминные средства обладают снотворным эффектом. Однако доказательства, касающиеся их эффективности и безопасности при нарушениях сна, очень ограничены, кроме того, их применение часто сопряжено с развитием холинолитических побочных действий (сухость во рту, запор, задержка мочеиспускания), психомоторного возбуждения, головной боли.

Однако одним из достаточно эффективных препаратов этой группы для лечения инсомнии у пожилых является блокатор гистаминовых рецепторов доксиламин (донормил), доза – 15мг за 30 мин. до сна.

Действует доксиламин не только как снотворное средство, но и обладает успокаивающим действием. Доксиламин не изменяет структуру сна. При его применении не выявлено признаков апноэ во сне и признаков синдрома отмены, он не влияет на память и когнитивные функции, не изменяет скорость реакций. Препарат эффективен как при острой, так и при хронической инсомнии, что важно для гериатрической практики. Отмечено

выраженное терапевтическое действие доксиламина на больных с грубой дезорганизацией сна.

Третью линию лечения хронической инсомнии составляют препараты, сведения об эффективности которых противоречивы или их применение связано с серьезными побочными эффектами. В эту группу средств включены такие группы препаратов, как:

- растительные (валериана, пустырник, мелисса, сборы трав, новопассит и др.);
- противосудорожные (карбамазепин, клоназепам);
- цитомедины (кортексин, церебромедин);
- нейролептики (хлорпротиксен, галоперидол, аминазин и пр.);
- препараты, которые проходят проверку в клинических испытаниях (L-триптофан);
- препараты, которые в настоящее время не рекомендуется назначать при инсомнии по причине низкой эффективности или серьезных побочных реакций (хлоралгидрат, барбитураты, бромиды и пр.).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, синдром инсомнии является наиболее распространенной и клинически значимой формой нарушений сна у пациентов старших возрастных групп. Диагностика и терапия этой патологии требует особых подходов, поскольку развитие нарушений сна у этих больных обычно обусловлено сочетанным воздействием ряда факторов, что нередко определяет особенности проявлений и течения, а также хронизацию процесса. Используя лекарственные средства для лечения хронической инсомнии у пожилых, клиницисты должны руководствоваться рядом важных принципов, которые помогут повысить эффективность препаратов, снизить вероятность их побочных действий и определить стратегию лечения.

Наиболее важными факторами, которые необходимо учитывать при терапии инсомнии у пациентов старших возрастных групп, являются:

- особенности фармакокинетики и фармакодинамики, что обусловлено возрастными органными и системными изменениями;
- старческую полиморбидность, влекущую за собой вынужденную полипрагмазию. В пожилом и старческом возрасте очень часто проявляется соматическая, нервная или психическая патология, которая может оказывать влияние на сон, прежде всего, за счет беспокоящей афферентной стимуляции (боли в спине, сердечные аритмии, соматоформная дисфункция);
- хронический характер течения заболеваний, диктующий необходимость в длительной терапии;

- особенности психосоциального статуса пожилых пациентов (нарушение комплаентности, трудности контроля за применением лекарств);
- злоупотребление снотворными препаратами: по данным исследований, около 20% мужчин и 25% женщин в возрасте 60–70 лет постоянно принимают снотворные препараты, что нередко приводит к быстрому развитию феноменов привыкания и зависимости;
- нарушение правил гигиены и, особенно, распорядка сна, чему способствуют: снижение общего уровня физической активности у людей старшего возраста, что негативно сказывается на глубине сна, кроме того, утрачивается «дисциплинирующая» роль рабочего распорядка, поскольку большинство людей этих возрастных групп не работают;
- наличие частых депрессивных проявлений, как первичных, так и вторичных, развивающихся на фоне полиморбидности пожилых, а также многочисленных социальных проблем, сопровождающих людей старших возрастных групп (изменение социального статуса, уход на пенсию, собственная не востребованность, отсутствие поддержки близких, одиночество и пр.).
- наличие других нарушений сна, не относящиеся к инсомниям, которые также оказывают негативное влияние на структуру сна (САС, СБН и пр.).

Поэтому, при лечении нарушений сна у пациентов старших возрастных групп, необходимо:

- Отдавать предпочтение немедикаментозным методам лечения.
- Соблюдать принцип тщательно подобранной монотерапии, нужно избегать полипрагмазии (одновременного использования нескольких снотворных средств) при лечении инсомнии у пациента.
- С учетом снижения скорости метаболических процессов у пожилых требуется применение уменьшенных доз препаратов.
- Следует учитывать, что у пожилых часто встречаются утренние пробуждения, поэтому применение короткодействующих препаратов не всегда будет эффективно.
- Наряду с фармакотерапевтическими средствами следует использовать поведенческие подходы и инструкции, касающиеся гигиены сна.
- Необходимо проводить тщательную оценку сопутствующих соматических и психических расстройств, и в случае их выявления выбирать правильный подход для терапии инсомнии.
- Начальный период лечения инсомнии составляет от двух до четырех недель, после чего следует провести повторную оценку состояния пациента.
- Часть пациентов с хронической инсомнией могут нуждаться в длительном лечении. В настоящее время только антидепрессанты с седативным действием не имеют противопоказаний относительно продолжительности использования у пациентов, страдающих инсомнией; при назначении же других препаратов (особенно бензодиазепинов) следует тщательно соблюдать принципы курсовой терапии.

Литература:

1. Бабак С.Л. Дыхательные расстройства и нарушения сна: Практическое руководство / С.Л. Бабак, Л.А. Голубев, М.В.Горбунова. – М.: «Атмосфера», 2010. – 168с.
2. Байкова И.А. Психофармакологические и психотерапевтические методы лечения нарушений сна: учебн.-метод. пособие /И.А. Байкова. – Минск: БелМАПО, 2009. – 28с.
3. Бузунов Р.В. Храп и синдром обструктивного апноэ сна: учебное пособие для врачей/ Р.В.Бузунов, И.В. Легейда. – Москва, 2011. – 76с.
4. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы // Сборник клинических лекций "Медицина сна: новые возможности терапии"/ Журн. неврол. и психиатр. им. С.С Корсакова. – 2002. Прил. – с. 3-16.
5. Вейн А.М. Сон. Тайны и парадоксы. – М.: Эйдос Медиа, 2003. – 196с.
6. Вейн А.М. Медицина сна. // Избранные лекции по неврологии; под ред. проф. В.Л. Голубева. – М.: Эйдос Медиа, 2006. – С.12 – 20.
7. Диагностика и лечение нарушений сна в практике терапевта: методические рекомендации/ Р.В.Бузунов, И.В.Назаренко. – Москва, 2009. – 20с.
8. Завалко И.М., Ковальзон В.М. Как возникла наука о сне // Природа. – 2014. – №3. – С.53 – 60.
9. Инсомния и нарушение дневного функционирования/ Г.В.Ковров и др. // Медицинский совет. – 2013. – №12. – С.55 – 58.
10. Ковальзон В.М. Основы сомнологии: физиология и нейрохимия цикла «бодрствование-сон» / В.М.Ковальзон. – 3-е изд. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 239с.
11. Костюченко С.И. Лечение хронической бессонницы у взрослых// Здоровье Украины. – 2012. - №3. – С.33-34.
12. Левин Я.И. Доксиламин (Донормил) в лечении инсомнии // Рос. мед. журн. – 2006. – Т. 14. - №9. – С. 704-9.
13. Левин Я.И., Полуэктов М.Г. Сомнология и медицина сна. Избранные лекции. – М.: Медфорум, 2013. – 430с.
14. Нарушения сна в структуре сосудистой патологии головного мозга/ Э.З. Якупов и др. // Журн. неврол. и психиатрии. – 2014. – №12. – С.133 – 135.
15. Пигарев И.Н., Пигарева М.Л. Сон, эмоции и висцеральный контроль// Физиология человека. – 2013. – №39(6). – С. 31 – 44.
16. Полуэктов М.Г. Сомнология, и медицина сна в России// Физиология человека. – 2013. – №6. – С.5 – 12.
17. Полуэктов М.Г., Пчелина П.В. Современные методы лечения инсомнии// Поликлиника. – 2015. - №3. – С.30-34.

18. Полуэктов М.Г., Центерадзе С.Л. Современные представления о синдроме инсомнии с учетом требований Международной классификации расстройств сна и подходы к ее лечению// Журн. неврол. и психиатрии. – 2014. – №11. – С.92 – 97.
19. Протько Н.Н. Инсомнии в общей врачебной практике: учебн. - метод. пособие /Н.Н. Протько [и др.] – Минск: БелМАПО, 2016. – 40с.
20. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии / Под ред. Член-корреспондента РАМН В.Х. Хавинсона. – СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 778с.
21. Психиатрия: национальное руководство /под ред. Т.Б.Дмитриевой с соавт. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 1000с.
22. Руководство по геронтологии. Колл. авторов /Под ред. академика РАМН, профессора В.Н. Шабалина. – М.: Цитадель-трейд, 2005. – 800с.
23. Сомнология и медицина сна: нац. рук. памяти А.М.Вейна и Я.И.Левина: под ред. М.Г.Полуэктова. – М.: Медфорум, 2016. – с.664.
24. Физиология и патология сна /В.Н.Цыган, М.М.Богословский, В.Я. Апчел, И.В. Князькин. – СПб: СпецЛит, 2006. – 160с.
25. American Academy of Sleep Medicine. International classification of sleep disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2005.
26. American Academy of sleep medicine. International classification of sleep disorders, 3rd ed.: Diagnostic and coding manual. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
27. Fleetham J. Ayas N., Bradley D. Canadian Thoracic Society 2011 guideline update: Diagnosis and treatment of sleep disordered breathing. Can. Respir. J. 2011; 18: 25–47
28. Julián Benito-León, Elan D. Louis, Félix Bermejo-Pareja Cognitive decline in short and long sleepers: A prospective population-based study (NEDICES) Journal of psychiatric research, December 2013Volume 47, Issue 12, P.1998–2003.
29. Lim M.M. Szymusiak R. Neurobiology of arousal and sleep: updates and insights into neurological disorders. Curr. Sleep Med. Rep. 2015; 1: 91 – 100.
30. Sleep; National Institutes of Health State of the Science Conference Statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults; June 13–15, 2005; 2005. pp. 1049–1057.
31. Teske J.A., Billington C.J., Kotz C.M. Hypocretin/orexin and energy expenditure. Acta Physiol. Oxf. Engl. 2010; 198 (3): 303 – 12.
32. The AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events: Rules, Terminology and Technical specifications, Version 2.0.1. 2nd ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2013.
33. Vgontzas A.N. The diagnosis and treatment of chronic insomnia in adults// Sleep. – 2005. – Vol.28. – №9. – P. 1047 – 1050.

34. Young T., Finn L., Peppard P.E. and al. Sleep disordered breathing and mortality: eighteen-year follow-up of the Wisconsin sleep cohort. *Sleep*. 2008; 31: 1071-8.
35. <http://medportal.ru/mednovosti/news/2013/10/10/002sleep/>

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	3
ВВЕДЕНИЕ.....	4
НЕЙРОАНАТОМИЯ И НЕЙРОФИЗИОЛОГИЯ СНА	5
АРХИТЕКТУРА СНА	6
ОСОБЕННОСТИ СНА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХВОЗРАСТНЫХ ГРУПП	9
ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СНА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	10
СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ИНСОМНИИ.....	11
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИНСОМНИИ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	12
ИНТРАСОМНИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	13
ДИАГНОСТИКА ИНСОМНИИ.....	15
ТЕРАПИЯ ИНСОМНИЙ.....	17
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	25
ЛИТЕРАТУРА:.....	27

Учебное издание

Михалюк Раиса Александровна

**Инсомнии у пациентов старших возрастных групп в
общей медицинской практике**

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Р.А.. Михалюк

Подписано в печать 20.12. 2016. Формат 60х84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,86. Уч.- изд. л. 1,33. Тираж 50 экз. Заказ 260.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.