

ИНСОМНИЯ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Нарушение сна (инсомния) является одним из наиболее частых состояний, сопровождающих функциональные и органические нарушения в организме человека. Выделяют следующие виды расстройств этого цикла: инсомнию (расстройство, связанное с трудностями начала или поддержания сна), гиперсомнию (повышенная потребность во сне, при этом длительность сна в течение суток может превышать 12 ч) и нарушение ритма сна (изменение распределения времени сна в течение суток, что проявляется в смещении времени засыпания – более раннее или более позднее или даже инверсией цикла «сон – бодрствование», т. е. засыпанием в дневное и бодрствованием в ночное время). По различным подсчетам, у 90% людей различного возраста и пола в течение жизни возникают проблемы со сном [1].

Ключевые слова: инсомния, факторы риска, пожилой возраст, терапия, аминифенилмасляная кислота.

N.V. PIZOVA, MD, Prof., Yaroslavl State Medical University of the Ministry of Health of Russia
INSOMNIA IN ELDERLY PERSONS

Sleep disturbance (insomnia) is one of the most frequent state accompanying functional and organic disturbances in the human body. There are the following types of disturbances of this cycle: insomnia (a disturbance related to difficulties of the beginning or maintenance of sleep), hypersomnia (increased requirement in sleep, in this case duration of sleep during a day might exceed 12 hours) and disturbance of the sleep rhythm (change of the sleep time distribution during a day, which manifests itself in displacement of the falling asleep time – more early or more late or even sleep-awake state cycle inversion, i.e. falling asleep at day time and staying awake at night). By various calculations 90% of people of various age and sex have sleep disturbance during life time [1].

Keywords: insomnia, risk factors, elderly age, therapy, aminophenyl-butyric acid.

Нарушение цикла «сон – бодрствование» является одной из серьезных проблем у больных с различными неврологическими, соматическими, психосоматическими заболеваниями. Среди нарушений сна инсомния имеет наибольшую распространенность. С возрастом жалобы на нарушение сна, или инсомнию, увеличиваются [2–4].

К основным критериям инсомний относятся:

- 1) нарушения засыпания и неудовлетворенность качеством сна;
- 2) нарушения процесса засыпания не менее 3 раз в неделю в течение 1 месяца;
- 3) психологическое состояние страха и/или озабоченности самими нарушениями сна и его последствиями;
- 4) субъективное плохое самочувствие и нарушение профессиональных и социальных функций в результате нарушений сна [5, 6].

К факторам риска инсомнии относят в первую очередь пожилой возраст, различные коморбидные состояния (соматические, неврологические, психиатрические заболевания, и особенно хронические болевые синдромы, при которых частота инсомнии достигает 75% и более), сменную работу, низкий социально-экономический статус и одиночество, прежде всего у женщин [7, 8]. Как считают отдельные авторы, почти у 85% больных инсомния приобретает затяжное или хроническое течение [7]. Установлена выраженная корреляция между инсомнией, когнитивными и психологическими нарушениями, тревогой и депрессией, а также рядом соматических заболеваний и ухудшением самочувствия в целом [7, 8].

В пожилом возрасте частота различных нарушений сна выявляется более чем у 50% [9, 10]. У таких пациентов гораздо чаще отмечаются уменьшение общей продолжительности ночного сна, частые ночные пробуждения с затруднением последующих засыпаний и ранние утренние пробуждения. Все эти расстройства сопровождаются дневной сонливостью, ухудшением памяти и внимания и неизбежными на этом фоне изменениями

К факторам риска инсомнии относят в первую очередь пожилой возраст, различные коморбидные состояния (соматические, неврологические, психиатрические заболевания, и особенно хронические болевые синдромы, при которых частота инсомнии достигает 75% и более), сменную работу, низкий социально-экономический статус и одиночество, прежде всего у женщин

настроения [8]. В процессе нормального старения происходит ряд физиологических и психологических изменений, однако наибольшие трудности может представлять адаптация к количественным и качественным изменениям сна. Хотя жалобы на нарушения сна встречаются у пациентов всех возрастных групп, исследователи указывают, что в пожилом возрасте их распространенность является наиболее высокой. В крупном исследовании при участии более 9 тыс. лиц старше 65 лет 42% пациентов сообщали о трудностях с засыпанием и поддержанием сна. Согласно катamnестической оценке, выполненной спустя три года, еще у 15% участников, прежде

не жаловавшихся на проблемы со сном, таковые возникли, т. е. ежегодный рост уровня заболеваемости расстройствами сна составил около 5% [10]. По данным различных исследований показано изменение архитектуры сна, повышенный риск возникновения нарушений сна, сдвиг циркадных ритмов, наличие различных соматических и психических расстройств, осложнений, связанных с употреблением медикаментов (и вероятность сочетания этих факторов) [11].

По данным различных исследований показано изменение архитектуры сна, повышенный риск возникновения нарушений сна, сдвиг циркадных ритмов, наличие различных соматических и психических расстройств, осложнений, связанных с употреблением медикаментов (и вероятность сочетания этих факторов)

Инсомнии могут быть симптомо-комплексом, сопровождающим возникновение и развитие различных форм патологии, как невротической, так и психосоматической и органической природы [12]. При неврозах нарушения сна можно рассматривать как облигатное проявление клинической картины заболевания и одновременно важнейший механизм его прогрессирования [13]. Инсомнии при психосоматических заболеваниях также играют важную роль в их патогенезе, а при многих формах патологии органического характера, являясь одним из наиболее тяжело психологически переносимых симптомов, создают неблагоприятный эмоциональный фон, не способствующий успешному лечению и, по сути, усугубляющий течение основного заболевания. Инсомния часто сочетается с такими соматическими заболеваниями, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет и метаболический синдром [8]. Характер причинно-следственных отношений инсомнии, невротических состояний и органической патологии достаточно сложен и многообразен. С одной стороны, хроническое нарушение сна может потенцировать развитие и прогрессирование патологического процесса. С другой – имеющаяся патология

(например, нарушение церебрального кровотока, легочная и сердечная недостаточность и др.) приводит к значительным изменениям структуры и продолжительности сна [14–16]. Так, нарушения сна у пациентов, страдающих депрессией, являются наглядным примером, а сами расстройства – одним из девяти диагностических критериев депрессии (DSM-IV, 2000). Показано наличие двойной направленности взаимосвязи между депрессией и бессонницей, т. е. аффективные нарушения могут

приводить к расстройству сна, а бессонница является фактором риска развития депрессии [17]. Очень часто люди, пережившие значительные стрессовые переживания, например развод, потерю близкого человека, могут страдать депрессией, которая ведет к развитию хронической бессонницы. Согласно D.J. Buysse с соавт., наличие бессонницы в начале наблюдения являлось предиктором развития депрессии через 1–3 года. В исследовании, проведенном M.L. Perlis с соавт. среди лиц пожилого возраста, были получены схожие результаты [18].

Другим заболеванием, имеющим тесную структурно-функциональную связь с инсомнией, является артериальная гипертензия (АГ). Нарушение центральных и локальных механизмов нервной и гуморальной регуляции, вегетативный дисбаланс, изменение биоритмов сердечно-сосудистой системы, лежащие в основе патогенеза АГ, являются причинами нарушения фазовой структуры и глубины сна, обуславливают развитие инсомнии. В последние годы инсомния все чаще рассматривается в качестве причины неэффективного лечения АГ. С одной стороны, это обусловлено взаимоотношениями влиянием гипертензии и инсомнии, с другой – данными о том, что ряд анти-

АНВИФЕН®

Простой путь к гармонии




Ноотроп с анксиолитическим эффектом
 Без седации и миорелаксации

- Снижает чувство тревоги, нормализует сон
- Уменьшает головную боль напряжения
- Эффективен при головокружениях
- Улучшает умственную работоспособность (внимание, память, скорость реакций)
- Уменьшает проявления астении, повышает интерес и мотивацию

Выпускается также в детской дозировке 50 мг

РУ Анвифен – ЛСР-006779/09-250809
 Для медицинских фармацевтических конференций
 Реклама



гипертензивных препаратов неблагоприятно влияют на качество сна. В частности, показано, что нарушение сна может происходить при приеме липофильных (например, пропранолола) и – реже – гидрофильных (например, атенолола) бета-адреноблокаторов [19, 20]. Небольшое число исследований по изучению влияния антагонистов кальция на функцию сна показывает снижение эффективности сна у пациентов, получающих нифедипин [20].

Инсомнические расстройства в пожилом возрасте способствуют частому использованию различных снотворных и седативных препаратов, в первую очередь бензодиазепиновых производных, которые применяют до 40% этих пациентов. Данная группа препаратов у пожилых больных вызывает ухудшение когнитивных функций, дневную сонливость, склонность к падениям (с последующими переломами) и закономерно утяжеляет течение коморбидных соматических и нейропсихиатрических заболеваний [21, 22], что необходимо учитывать при выборе у них снотворных препаратов [21, 22].

Благодаря мягкому анксиолитическому действию одними из эффективных и безопасных средств в лечении инсомнии являются препараты аминоксилоты (Анвифен)

В настоящее время выделяют несколько подтипов инсомний: инсомния из-за трудностей с наступлением сна (проблемы с засыпанием); инсомния из-за трудностей поддержания сна (проблемы с поддержанием сна на протяжении ночи); инсомния из-за ранних утренних пробуждений (проблемы в связи с пробуждением и возвращением ко сну); психофизиологическая инсомния (поведенчески обусловленная бессонница в результате неверных установок и/или поведения). Среди лиц пожилого возраста чаще встречается инсомния из-за трудностей поддержания сна и с ранними утренними пробуждениями [23]. Трудности со сном также связаны со снижением качества жизни и ухудшением симптомов тревоги и депрессии [24].

Известно, что на качество сна могут влиять некоторые медикаменты. Это особенно относится к пациентам пожилого возраста, которым назначены сложные фармакотерапевтические схемы с несколькими препаратами. Медикаменты, отрицательно влияющие на сон, включают б-блокаторы, бронходилататоры, кортикостероиды, средства от насморка, диуретики, стимулирующие антидепрессанты и ряд других сердечно-сосудистых, неврологических, психиатрических и гастроэнтерологических медикаментов [11].

Для лечения бессонницы чаще всего прибегают к фармакологическим вмешательствам [11]. Так, применяют несколько групп средств, например седативные и снотворные, антигистаминные препараты, антидепрессанты, антипсихотики и антиконвульсанты. Однако в настоящее время отсутствуют систематические доказательства эффективности при бессоннице антигистамин-

ных, антипсихотических средств, антидепрессантов и антиконвульсантов, риск использования которых превосходит полезные эффекты. Эти группы препаратов не рекомендуются для лечения бессонницы у пациентов пожилого возраста [25].

Благодаря мягкому анксиолитическому действию одними из эффективных и безопасных средств в лечении инсомнии являются препараты аминоксилоты (Анвифен). Аминоксилотная кислота – это ноотропный препарат, который облегчает ГАБА-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС (прямое воздействие на ГАБА-ергические рецепторы). Транквилирующее действие сочетается с активирующим эффектом. Анвифен за счет своего механизма действия не вызывает привыкания и лекарственной зависимости. В отличие от барбитуратов и бензодиазепинов, действующих на ГАМК-А-рецепторы, Анвифен является агонистом ГАМК-В-рецепторов, воздействует на бензодиазепиновые и допаминергические рецепторы и регулирует работу ионных каналов посредством G-протеина [26]. Анвифен также обладает антиоксидантным и некоторым противосудорожным действием; улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации его метаболизма и влияния на мозговой кровоток (увеличивает объемную и линейную скорость, уменьшает сопротивление сосудов, улучшает микроциркуляцию, оказывает антиагрегантное действие). Преимуществом Анвифена является то, что он уменьшает вазовегетативные симптомы, в т. ч. головную боль, ощущение тяжести в голове, нарушения сна, раздражительность, эмоциональную лабильность. При курсовом приеме повышает физическую и умственную работоспособность (внимание, память, скорость и точность сенсорно-моторных реакций), а также уменьшает проявления астении без седации или возбуждения и способствует снижению чувства тревоги, напряженности и беспокойства, нормализует сон [27–30]. Заметное улучшение сна под воздействием препаратов аминоксилоты отмечено у больных с астеническим синдромом [26]. У людей пожилого возраста не вызывает угнетения ЦНС, мышечно-расслабляющее последствие чаще всего отсутствует. Препарат выпускается в виде капсул (250 и 50 мг), что увеличивает его профиль безопасности, особенно в отношении ЖКТ, и обеспечивает удобство титрования.

Преимуществом Анвифена является то, что он уменьшает вазовегетативные симптомы, в т. ч. головную боль, ощущение тяжести в голове, нарушения сна, раздражительность, эмоциональную лабильность

Обязательным лечением при бессоннице является когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) [25]. Поведенческая терапия бессонницы часто включает техники обучения гигиене сна в комбинации с другими поведенческими методами для преодоления вредных для сна привычек, а когнитивная – дезадаптивных и дисфункци-

ональных установок. Наиболее эффективными видами КПТ при бессоннице являются контроль стимулов и ограничение сна. Согласно теории, лежащей в основе контроля над стимулами, бессонница является классическим вредным условным рефлексом. Поэтому пациентам рекомендуется устранить любую деятельность в постели, кроме сна, и вставать с кровати при неспособности уснуть

Поведенческая терапия бессонницы часто включает техники обучения гигиене сна в комбинации с другими поведенческими методами для преодоления вредных для сна привычек, а когнитивная – дезадаптивных и дисфункциональных установок

в течение 20 мин. Цель терапии ограничением сна – повысить достаточность сна путем ограничения времени, которое позволяет проводить в постели. Обычно пациентов инструктируют, что они могут проводить в постели

на 15 мин больше, чем действительное время сна, каждую ночь. Это приводит к тому, что уменьшается дневная сонливость и возрастает желание спать на следующую ночь. По мере улучшения каждую неделю постепенно увеличивается время, которое пациенту позволяет проводить в постели.

Таким образом, терапия инсомний у пожилых лиц в целом основывается на концепции лечения прежде всего основного заболевания, являющегося патогенетической основой нарушений сна, т. е. на подходе к инсомниям как к синдрому, сопутствующему той или иной форме патологии, и на применении специальных методов лечения первичных нарушений сна. При выборе тактики лечения необходимо провести тщательную оценку сна, включая анамнестические данные, уточнить характер жалоб, связанных с нарушениями сна, уточнить имеющиеся соматические, неврологические, психические заболевания, оценить образ жизни индивидуума. Адекватное лечение при расстройствах сна в пожилом возрасте поможет улучшить качество жизни и функционирование пациентов.



ЛИТЕРАТУРА

1. Квасневский А.Л., Фомовский Б.И. Особенности диагностики и лечения бессонницы. *Український медичний часопис*, 2002, 2: 19-24.
2. Hammond EC. Some preliminary findings on physical complaints from a prospective study of men and women. *Am. J. public Health.*, 1964, 54: 11-23.
3. Bixler EO, Kales A, Soldatos CR, Kales JD, Healey S. Prevalence of sleep disorders in the Los Angeles metropolitan area. *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136: 1257-1262.
4. Karasan I, Thornby JI, Williams RL. Sleep disturbance: A community survey. In: C. Guilleminault, E. Lugaresi (Eds.) *Sleep/Wake disorders: Natural history, epidemiology and long-term evolution*. New York Raven Press. 1983: 37-60.
5. Вейн А.М. Расстройства сна, основные патогенетические механизмы, методы коррекции. *Расстройства сна*. СПб., 1995: 6-12.
6. Горьков В.А., Раюшкин В.Ю., Чурилин Ю.Ю. Эволюция фармакологии снотворных средств: от алкоголя к золпидему. *Журн. невропатол. и психиатрии*, 1999, 99(8): 63-67.
7. Grewal R, Doghramji K. Epidemiology of Insomnia. In: Attarian HP, Schuman C, editors. *Clinical Handbook of Insomnia*, 2010: 13-22.
8. Morin CM, Jarrin DC. Epidemiology of Insomnia. Prevalence, Course, Risk Factors, and Public Health Burden. *Sleep Med Clin*, 2013, 8: 281-97.
9. Lindstrom V, Andersson K, Lintrup M, Holst G, Berglund J. Prevalence of sleep problems and pain among the elderly in Sweden. *J Nutr Health Aging*, 2012, 16(2): 180-183.
10. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep complaints among older persons: an epidemiological study of three communities. *Sleep*, 1995, 18: 425-432.
11. Roeppke SK, Ancoli-Israel S. Sleep disorders in the elderly. *Indian J Med Res*, 2010, 131: 302-310.
12. Вакуленко Л.А. Современная сомнология и некоторые аспекты применения снотворных препаратов. *Новости медицины и фармации*, 2006, 20–22: 20.
13. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1990, 573 с.
14. Воронин И.М. Обструкция верхних дыхательных путей во время сна как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. *Клиническая медицина*, 2001, 11: 4-7.
15. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Нейротические расстройства сна и их лечение. *Психиче здоровя*, 2005, 2: 1–6.
16. George CF. Perspectives on the management of insomnia in patients with chronic respiratory disorders. *Sleep*, 2000, 23(1): 31-35.
17. Buysse DJ, Reynolds CF, Kupfer DJ, Thorpy MJ, Bixler E, Manfredi R, et al. Clinical diagnoses in 216 insomnia patients using the international classification of sleep disorders (ICSD), DSM-IV and ICD-10 categories: A report from the APA/NIMH DSM-IV field trial. *Sleep*, 1994, 17: 630-7.
18. Perlis ML, Smith LJ, Lyness JM, Matteson SR, Pigeon WR, Jungquist CR et al. Insomnia as a risk factor for onset of depression in the elderly. *Behav Sleep Med*, 2006, 4: 104-13.
19. Горьков В.А., Раюшкин В.А., Чурилин Ю.Ю. Фармакологические снотворные средства: история и сравнение. *Новые медицинские технологии*, 2001, 6: 39-40.
20. Bardage C, Isacson DG. Self-reported side-effects of antihypertensive drugs: an epidemiological study on prevalence and impact on health-state utility. *Blood Press*, 2000, 9: 328-334.
21. Cardinali DP, Vidal MF, Vigo DE. New developments in the treatment of primary insomnia in elderly patients: focus on prolonged-release melatonin. *ChronoPhysiology and Therapy*, 2012, 2: 67-79.
22. Zisapel N. Development of a Melatonin Based Formulation for the Treatment of Insomnia in the Elderly. *Drug Dev Res*, 2000, 50: 226-34.
23. Ancoli-Israel S. Insomnia in the elderly: A review for the primary care practitioner. *Sleep*, 2000, 23: 23-30.
24. Barbar SI, Enright PL, Boyle P, Foley D, Sharp DS, Petrovitch H et al. Sleep disturbances and their correlates in elderly Japanese American men residing in Hawaii. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 2000, 55: 406-11.
25. National Institutes of Health State of the Science conference Statement on Manifestations and Management of chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep*, 2005, 28: 1049-57.
26. Лукушкина Е.Ф., Карпович Е.И., Чабан О.Д. Аминофенилмасляная кислота (Анвифен): клинико-фармакологические аспекты и опыт применения в детской неврологии. *РМЖ*, 2014, 3: 3-6.
27. Вальдман А.В., Воронина Т.А. Фармакология ноотропов. М., 1989: 26-35.
28. Воронина Т.А., Середенин С.Б. Ноотропные препараты, достижения и новые проблемы. *Экспериментальная и клиническая фармакология*, 1998, 61(4): 3-9.
29. Евтушенко И.С. Ноотропы и нейропротекторы в современной клинической нейрофармакологии. *Международный неврологический журнал*, 2013, 3: 57.
30. Инструкция по медицинскому применению препарата Анвифен. Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru/InstrImg.aspx?idReg=6853&t=&isOld=1>, свободный.