

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Западный государственный
медицинский университет имени И. И. Мечникова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии

**А. Г. Софронов, А. Е. Добровольская,
Е. Ю. Абриталин**

РАССТРОЙСТВА СНА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Учебно-методическое пособие

**Санкт-Петербург
Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
2020**

УДК 616.8-009.836

ББК 56.12

P24

P24 Расстройства сна в пожилом возрасте: учебно-методическое пособие / А. Г. Софронов, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Абриталин. — СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020. — 24 с.

Авторы:

Софронов А. Г. — д-р мед. наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России, член-корреспондент РАН;

Добровольская А. Е. — канд. мед. наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России;

Абриталин Е. Ю. — д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России.

Рецензент:

Паиковский В. Э. — д-р мед. наук, доцент, профессор кафедры психиатрии и наркологии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России.

В учебно-методическом пособии представлен подробный анализ нарушений сна у пациентов пожилого возраста. Приведены сведения об эпидемиологии, этиологии, патогенезе и патоморфологии расстройств сна, рассмотрены вопросы систематизации диссомнических нарушений и классификация расстройств сна по МКБ-10. Разобраны вопросы клинической картины, проблемы диагностики и лечения нарушений сна с учетом особенностей пожилого возраста.

Учебно-методическое пособие предназначено для аспирантов, обучающихся по направлению 31.06.01 «Клиническая медицина», дисциплина «Психиатрия».

Утверждено в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом ФГБОУ ВО
СЗГМУ им. И. И. Мечникова Минздрава России,
протокол № 3 от 17 октября 2019 г.

© Софронов А. Г., Добровольская А. Е., Абриталин Е. Ю., 2020
© Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Условные сокращения	4
Введение	7
Эпидемиология	9
Классификация	9
Этиология, патогенез и патоморфология	10
Клиническая картина	12
Диагностика	14
Лечение.....	14
Прогноз	16
Рекомендуемая литература	18
Тестовые задания	19
Эталоны ответов.....	22

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

- МКБ-10 — Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
- МКРС — Международная классификация расстройств сна
- СИПАП — от англ. Constant Positive Airway Pressure, CPAP (постоянное положительное давление в дыхательных путях)
- СИОЗС — селективные ингибиторы обратного захвата серотонина
- ЦНС — центральная нервная система
- REM — rapid eye movement (быстрое движение глаз)

Направление подготовки: 31.06.01 «Клиническая медицина».

Дисциплина: психиатрия.

Тема: «Расстройства сна в пожилом возрасте».

Актуальность. Расстройства сна — одно из наиболее часто встречающихся нарушений здоровья у лиц пожилого возраста. Диссомнические расстройства в пожилом возрасте обусловлены значительным количеством патогенных факторов, что нередко определяет сложность диагностики, особенно при вторичном характере возникновения, и хронический характер протекания.

Цель: формирование компетенций, приобретение обучающимися знаний и умений, необходимых для проведения научных исследований в области психиатрии и осуществления педагогической деятельности по психиатрии.

Задачи:

- углубленное изучение теоретических и методологических основ клинической медицины по направлению «Психиатрия» и применение их в научной и педагогической деятельности;
- подготовка к сдаче кандидатского экзамена.

Формируемые компетенции

ПК-1 — способность и готовность к осуществлению самостоятельной научно-исследовательской деятельности в области психиатрии.

ПК-2 — способность и готовность к самостоятельной научно-педагогической деятельности по дисциплине «Психиатрия».

В результате изучения данной темы аспиранты должны:

- **знать** современные достижения, актуальные проблемы в области психиатрии с учетом современных достижений в терапии и фармакологии с использованием новейших технологий, современных возможностей коррекции психопатологической симптоматики;

- **уметь** анализировать показатели, характеризующие результаты научного исследования в области психиатрии;
- **владеть** навыками диагностики основных патологических состояний, симптомов, синдромов, нозологических форм в соответствии с МКБ-10.

Контингент учащихся: аспиранты.

Продолжительность практического занятия: 4 академических часа.

Структура практического занятия

1. Современные представления о диагностических границах и систематике расстройств сна у лиц пожилого возраста.
2. Этиология, патогенез и патоморфология расстройств сна в пожилом возрасте.
3. Особенности клинической картины расстройств сна в пожилом возрасте.
4. Проблемы диагностики и лечения нарушений сна с учетом особенностей пожилого возраста.

ВВЕДЕНИЕ

Расстройства сна включают неоднородные по происхождению нарушения физиологических функций сна и бодрствования, имеющие разнообразные психопатологические, неврологические и соматические проявления.

Расстройства сна бывают транзиторными и хроническими. *Транзиторные, или кратковременные, расстройства сна* продолжаются до нескольких суток, наиболее часто развиваются вследствие воздействия психотравмирующих факторов или под влиянием иных внешних факторов, например острого болевого синдрома. *Хронические, или стойкие, расстройства сна* имеют более сложное происхождение, продолжаются более 30 суток и, как правило, требуют лечения, тогда как транзиторные самостоятельно разрешаются в течение нескольких дней.

Выделяют первичные и вторичные расстройства сна. *Первичные расстройства сна* не обнаруживают прямой связи с другими заболеваниями. К первичным расстройствам, наряду с нарушениями засыпания, продолжительности и глубины сна, относятся расстройства сна, связанные с нарушением дыхания — апноэ во сне (ночное апноэ), двигательными нарушениями (периодические движения конечностей во сне, синдром «беспокойных ног»), поведенческие расстройства REM-фазы сна (хождение во сне, разговор, прием пищи и др.). В этой группе рассматриваются нарколепсия (дневные приступы внезапного неконтролируемого засыпания) и катаплексия (приступы утраты мышечного тонуса дневные или при пробуждении).

Вторичные расстройства сна являются симптомокомплексом многочисленных заболеваний. Они характерны для органических (включая деменцию), тревожных, аффективных и других психических расстройств. Среди вторичных расстройств можно также выделить нарушения сна, ассоциированные с соматическими заболеваниями, например ночные пробуждения в связи с хроническим болевым синдромом или никтурией.

Нарушения сна часто встречаются при сахарном диабете, сердечно-сосудистых заболеваниях, болезнях легких, артрите и др.

Разделение расстройств сна на первичные и вторичные носит условный характер. Во-первых, наличие связи между нарушением сна и другими заболеваниями не всегда очевидно. Во-вторых, первичные и вторичные расстройства сна одинаково способствуют ухудшению психического и физического функционирования. В-третьих, первичные и вторичные нарушения могут иметь сходные клинические проявления. Наконец, очевидно, что у одного человека могут отмечаться несколько причин для нарушения сна.

Феноменологически для описания расстройств сна используют понятия «диссомния» и «парасомния». Термин «диссомния» отражает нарушения качественных и количественных характеристик сна. Формами диссомнии являются инсомния, гиперсомния и нарушение цикла сна и бодрствования. *Инсомния (бессонница)* — нарушение засыпания (инициации сна), продолжительности (недостаточный по времени сон из-за долгого засыпания, раннего или частых пробуждений) или качества сна (поверхностный сон с частыми пробуждениями). *Гиперсомния* проявляется неестественно продолжительным сном или чрезмерной дневной сонливостью. *Нарушение цикла сна и бодрствования* проявляется значительным сдвигом времени засыпания и пробуждения, вплоть до бодрствования в ночное время и сна в дневное. *Парасомнии* — психопатологические, неврологические и соматические явления, возникающие в специфической связи непосредственно с процессом сна. Группу парасомний составляют ночные страхи и кошмары, снохождение, сноговорение (*неорганические парасомнии*); синдром беспокойных ног и периодических движений конечностей во сне, бруксизм (скрежетание зубами во сне), ночные крампи в ногах (болезненные спазмы мышц ног), ночное апноэ (син.: апноэ во сне, ночная одышка) и др. (*органические парасомнии*).

Естественное старение способствует развитию первичных и вторичных расстройств сна, а инсомния рассматривается как его характерное проявление. Вторичные расстройства сна обусловлены психическими и соматическими заболеваниями, характерными для пожилого возраста.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Расстройства сна отмечаются более чем у 50% людей старше 65 лет. Пожилые женщины страдают расстройствами сна на 25% чаще, чем мужчины. По мере старения вероятность возникновения и развития расстройств сна увеличивается. Распространенность расстройств сна, связанных с нарушением дыхания в пожилом и старческом возрасте, по разным данным оценивается в диапазоне 33–70%. Двигательные расстройства у пожилых людей встречаются на 45% чаще, чем в популяции молодых людей, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин.

КЛАССИФИКАЦИЯ

В Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра (МКБ-10) расстройства сна представлены в V классе «Психические расстройства и расстройства поведения» (рубрика «Расстройства сна неорганической этиологии /F51/») и в VI классе «Болезни нервной системы» (рубрика «Расстройства сна /G47/»). Рубрика F51 включает диссомнии и парасомнии, при которых, в качестве первичного фактора, предполагаются эмоциональные причины. Рубрика G47 включает расстройства сна органического происхождения, в частности, апноэ сна, нарушение цикла «сон–бодрствование», нарколепсию и катаплексию. В случаях диагностики расстройства, при котором нарушение сна является симптомокомплексом, диагноз ставят с использованием диагностических критериев соответствующей рубрики МКБ-10, а нарушения сна рассматривают как одно из проявлений заболевания, например, при синдромах «беспокойных ног» и периодических движений конечностей (G25.8).

Расстройства сна неорганической этиологии (F51)

F51.0. Бессонница неорганической этиологии.

F51.1. Сонливость (гиперсомния) неорганической этиологии.

F51.2. Расстройство режима сна и бодрствования неорганической этиологии.

F51.3. Снохождение (сомнамбулизм).

F51.4. Ужасы во время сна (ночные ужасы).

F51.5. Кошмары.

F51.8. Другие расстройства сна неорганической этиологии.

F51.9. Расстройство сна неорганической этиологии неуточненное.

Расстройства сна (G47)

G47.0. Нарушения засыпания и поддержания сна (бессонница).

G47.1. Нарушения в виде повышенной сонливости (гиперсомния).

G47.2. Нарушения цикличности сна и бодрствования.

G47.3. Апноэ во сне.

G47.4. Нарколепсия и катаплексия.

G47.8. Другие нарушения сна.

G47.9. Нарушение сна неуточненное.

Международная классификация расстройств сна (МКРС) 2014 года построена на феноменологическом принципе квалификации нарушений сна. В МКРС представлены основные группы расстройств сна: инсомнии, расстройства дыхания во сне, гиперсомнии, расстройства цикла «сон–бодрствование», парасомнии, расстройства движений во сне, другие расстройства сна, а также приводятся критерии диагностики этих расстройств. Феноменологический подход МКРС позволяет установить соответствие расстройств этой классификации рубрикам МКБ-10.

ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

Расстройства сна в пожилом возрасте имеют многофакторную природу. Естественное старение сопровождается морфофункциональными изменениями дистрофического характера в головном мозге, что способствует появлению отклонений в структуре сна и регуляции циркадного ритма.

С возрастом увеличивается продолжительность стадий поверхностного сна, а другие стадии и фазы REM-сна сокращаются, появляются изменения в чередовании фаз и стадий. В результате уменьшается длительность сна, пробуждение становится ранним, а сам

сон фрагментируется. Нарушения сна у лиц пожилого возраста могут быть одними из проявлений естественного старения.

Согласно современным представлениям первичные расстройства сна у пожилых людей связаны с утратой в промежуточном ядре гипоталамуса нейронов, продуцирующих нейропептид центральной нервной системы (ЦНС) галанин, роль которого заключается в тормозном влиянии на активирующие системы мозга. Дефицит этого влияния проявляется нарушениями засыпания, глубины и продолжительности сна. Циркадный ритм, обеспечивающий 24-часовой цикл жизнедеятельности человека с синхронизацией ритма «сон–бодрствование», регулируется нейронами супрахиазматического ядра в переднем гипоталамусе. Эти нейроны имеют рецепторы, которые чувствительны к нейрогормону мелатонину. Под воздействием мелатонина нейроны синхронизируют биологические ритмы организма с временем суток за счет внешнего стимула — света. С возрастом уменьшается количество нейронов супрахиазматического ядра и клеток эпифиза, вырабатывающих мелатонин. В результате регуляторная роль мелатонина снижается, что негативно отражается не только на количественных и качественных характеристиках сна, но и, возможно, способствует появлению и развитию органических парасомний. В развитии нарколепсии определенная роль отводится дефициту орексинов — нейромедиаторов, вырабатываемых малочисленной группой клеток латерального гипоталамуса. Дистрофические или дегенеративные возрастные изменения в гипоталамусе приводят к дефициту орексинов, который, как минимум, препятствует плавному переходу из состояния бодрствования в сон, что и имеет место при нарколепсии.

Патогенез вторичных расстройств сна имеет общие черты с незом нарушения сна при естественном старении. Органические заболевания ЦНС, в первую очередь дегенеративные, сопровождаются нарастающей атрофией гипоталамуса и других областей мозга, обеспечивающих регуляцию ритма сна и бодрствования, формируя тем самым более тяжелые расстройства сна, чем при естественном старении. Ожирение, болезни легких и сердечно-сосудистой системы резко повышают вероятность развития инсульта, инфаркта миокарда и других сердечно-сосудистых катастроф у пожилых людей с ночной одышкой.

В пожилом возрасте человек по различным показаниям может получать лекарственные средства, негативно влияющих на сон. Среди них β -блокаторы, кортикостероиды, гиполипидемические средства, препараты с дофаминергическим и адренергическим дей-

ствием и др. Бесконтрольный избыточный прием снотворных и седативных препаратов приводит к формированию зависимости, при которой нарушение сна — облигатный симптом.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Пожилые люди часто жалуются на трудности засыпания, ночные пробуждения, поверхностный сон, раннее пробуждение, дневную сонливость, связанные с ней упадок активности, трудности концентрации внимания, заторможенность, сниженное настроение, раздражительность, тревожность и пр. Длительность ночного сна с возрастом снижается, а фазы и стадии сна сдвигаются во времени. При раннем засыпании (до 20 часов) пожилой человек просыпается в 3–4 часа ночи и больше не спит. При позднем засыпании (после 24 часов) сон продолжается после 10 часов утра. В течение дня неработающий пожилой человек может позволить себе отдых со сном в любое время дня, что также может оказать отрицательное влияние на засыпание и продолжительность ночного сна, но улучшить самочувствие днем. Высокая активность в течение дня, наоборот, способствует улучшению качественных характеристик ночного сна. Соответственно, при объективной оценке тяжести инсомнии у пожилых пациентов следует учитывать все возможные ее проявления как в ночные, так и дневные часы. Дневная сонливость, связанная с дефицитом ночного сна, не только вызывает ощущение общего дискомфорта, но и отрицательно влияет на когнитивные функции.

Неорганические парасомнии у пожилых людей, как правило, обусловлены тревожными или аффективными расстройствами. Ночные ужасы проявляются внезапным пробуждением с криком, сердцебиением, обильным потоотделением. Через несколько минут человек засыпает и при пробуждении часто не помнит об этом эпизоде. Ночные кошмары — это насыщенные страхом и тревогой сновидения с запоминающимся содержанием. Снохождение и сноворечение у пожилых людей встречается существенно реже, чем у детей и молодых людей. В пожилом возрасте эти феномены чаще являются проявлениями не первичного расстройства сна, а синдрома спутанности (относится к группе синдромов помрачения сознания), развивающегося на фоне сосудистых и дегенеративных заболеваний головного мозга, нарушений водно-электролитного баланса и пр.

Органические парасомнии отличаются разнообразием клинических проявлений. При синдроме «беспокойных ног» пожилые люди

обычно жалуются на покалывания, мурашки, дрожь, ощущение бега в ногах, которые ослабевают при движениях конечностей. Периодические движения конечностей во сне проявляются стереотипными движениями ног (разгибание большого пальца ноги, сгибание стопы, колена, бедра), иногда вызывающими пробуждения, которые случаются каждые 20–40 секунд на протяжении ночи. Пациенты с двигательными нарушениями во сне часто жалуются на трудности засыпания и дневную сонливость. У некоторых из них двигательные нарушения могут присутствовать во время дневного сна и даже на фоне чрезмерной сонливости. Ночные крампи (болезненные спазмы в крупных мышцах) вызывают пробуждение спящего, причем спазмы мышц по мере пробуждения сразу не исчезают. При диагностике двигательных расстройств важно учесть, что сходные явления могут наблюдаться при полинейропатии, анемии, уремии и других тяжелых заболеваниях.

Расстройства сна, связанные с нарушением дыхания, проявляются в широком диапазоне: от снижения частоты дыхания (гипопноэ) до полного прекращения дыхания (апноэ). Диагноз ночного апноэ ставят в случаях, когда остановка дыхания во время сна продолжается более 10 секунд и повторяются каждую ночь. Нарушение дыхания во сне может привести к развитию гипоксемии. Факторами риска его развития у пожилых людей являются ожирение, обструктивные заболевания легких, сердечно-сосудистые заболевания, злоупотребление алкоголем, снотворными, седативными и другими психоактивными веществами. Нарушение дыхания во время ночного сна часто сочетается с инсомнией, дневной сонливостью, приступами нарколепсии.

Нарколепсия является пароксизмальным расстройством, для которого характерны дневные приступы непреодолимой сонливости и внезапного засыпания, как правило, на фоне ночной бессонницы.

Нарушения сна в той или иной форме в абсолютном большинстве случаев присутствуют в клинической картине деменции, депрессивных и тревожных расстройств. При соматических заболеваниях нарушения сна обусловлены болевым синдромом (боли при артритах, радикулите, стенокардии), приступами сердечной аритмии и бронхиальной астмы, приемом различных лекарств, в том числе диуретиков.

Любые расстройства сна у пожилых людей способствуют ухудшению течения психической и соматической патологии. Нарушения дыхания во сне могут стать причиной сердечно-сосудистых катастроф и внезапной смерти.

ДИАГНОСТИКА

При диагностике расстройств сна необходимо выяснить продолжительность выявленных качественных и количественных нарушений, установить их возможную связь с имеющимися психическими и соматическими заболеваниями. Следует учесть, что жалобы на бессонницу могут выходить на первый план у больных с умеренно выраженными, но прогрессирующими когнитивными нарушениями, поэтому пожилые пациенты с расстройствами сна нуждаются в постоянном наблюдении с целью окончательной диагностики диссомнических нарушений. Кроме того, расстройства сна могут возникнуть у пожилых людей в ответ на психотравмирующие факторы, вызывающие тревожно-депрессивные реакции с транзиторным снижением когнитивных функций.

Сведения о двигательных нарушениях во сне и нарушениях дыхания предоставляются родственниками или обслуживающим персоналом. Если ведется дневник пациента, в котором в структурированном виде отражаются сведения о времени засыпания, пробуждении и других характеристиках сна, то диагностика диссомнических нарушений может существенно упроститься.

Для объективизации расстройств сна применяют метод полисомнографии. Метод позволяет зарегистрировать во время сна электроэнцефалограмму, электромиограмму, электрокардиограмму, движение конечностей и глазных яблок, положение тела и др.

ЛЕЧЕНИЕ

Вне зависимости от причин, обусловивших возникновение диссомнии, пожилым людям необходимо строго соблюдать правила гигиены сна. Ложиться спать и вставать целесообразно в одно и то же время; необходимо ограничить сон во второй половине дня; желательно регулярно заниматься физическими упражнениями, больше бывать на свежем воздухе и солнце; не злоупотреблять алкоголем, табаком и другими психоактивными веществами. Врачу необходимо информировать пожилого пациента о возрастных изменениях сна и их зависимости от других заболеваний. Понимание происхождения тех или иных нарушений поможет пожилому человеку активно соблюдать режим сна и бодрствования, не заниматься самолечением, внимательно относиться к назначениям врача. Существуют также приемы, помогающие заснуть, которым следует обучить пациента. Соблюдение правил гигиены сна позво-

ляет многим пожилым людям обходиться без медикаментозного лечения диссомнии.

Для лечения нарушений сна применяют лекарственные средства из различных фармакологических групп. Пожилым пациентам нежелательно назначать препараты с антигистаминным и холинолитическим действием (дифенгидрамин, доксиламин и др.) из-за большого количества побочных эффектов со стороны ЦНС, сердечно-сосудистой и других систем. У больных с ночным апноэ, глаукомой, заболеваниями уретры и предстательной железы, сопровождающимися нарушением оттока мочи, эти препараты должны быть категорически исключены.

В качестве снотворных средств чаще всего применяются транквилизаторы (анксиолитики). Транквилизаторы, наряду со снотворным, обладают умеренным противосудорожным, миорелаксирующим и анксиолитическим (противотревожным) действием. При инсомнии нередко используют препараты бензодиазепинового ряда: диазепам, Феназепам®, темазепам, оксазепам, нитразепам и др., особенно в случаях раннего пробуждения. Однако их применение у пожилых пациентов ограничивается побочными эффектами, сходными с таковыми у антигистаминных препаратов (дневная сонливость, астения, головокружение, снижение способности к концентрации внимания, атаксия, неустойчивость походки, внезапные падения, замедление психических и двигательных реакций, спутанность сознания и др.). В связи с этим целесообразно отдавать предпочтение небензодиазепиновым снотворным средствам — агонистам центральных бензодиазепиновых рецепторов I и II типа: зопиклону и золпидему. Побочные эффекты у этих препаратов менее выражены, чем у бензодиазепиновых транквилизаторов.

У пожилых пациентов следует, по возможности, использовать минимально допустимые дозы подходящего препарата, чтобы минимизировать побочные эффекты. Любое увеличение дозы лекарственных средств требует контроля состояния функций дыхательной и сердечно-сосудистой систем в ночное время, а также состояния когнитивной сферы. При сочетании снотворных средств с антидепрессантами, нейролептиками, анальгетиками, противокашлевыми средствами, центральными антигипертензивными препаратами усиливается угнетающее действие на ЦНС. Длительное применение снотворных средств при бессоннице может вызвать привыкание и, как следствие, синдром отмены при внезапном прекращении употребления препарата.

Вторичные расстройства сна при психических и соматических заболеваниях редуцируются по мере улучшения общего состояния. Антидепрессанты агомелатин и тразодон позитивно влияют на диссомнию при депрессии. Агомелатин стимулирует мелатониновые (MT1 и MT2) и блокирует серотониновые (5-HT_{2C}) рецепторы. Тразодон, являясь селективным ингибитором обратного захвата серотонина (СИОЗС), действует как антагонист 5-HT_{2A/2C} серотониновых рецепторов. Аналогичные эффекты описываются и у некоторых других антидепрессантов из группы СИОЗС. При деменциях улучшению ночного сна способствует назначение антихолинэстеразных средств: галантамина, ривастигмина, донепизила и др. Лечение транзиторных расстройств сна требует устранения или ослабления влияния психотравмирующих или иных факторов, вызвавших бессонницу. При этом назначение на несколько дней транквилизаторов не только эффективно влияет на засыпание и продолжительность сна, но и повышает устойчивость человека к стрессу.

При лечении легких случаев синдромов «беспокойных ног» и периодических движений конечностей широко используют методы физиотерапии (электростимуляция, дарсонвализация, магнитотерапия, рефлексотерапия). Пожилым пациентам также рекомендуют теплые ножные ванны, массаж ног перед сном. Для лечения более тяжелых случаев применяют транквилизаторы, средства с дофаминергическим действием (бромкриптин, леводопа).

При лечении ночного апноэ в легких случаях пожилым пациентам рекомендуют избегать сна в положении лежа на спине. При ожирении назначают диету, направленную на снижение массы тела. В тяжелых случаях методом выбора является так называемая СИПАП-терапия (от англ. Constant Positive Airway Pressure, CPAP). С помощью специального прибора воздух через маску нагнетается в дыхательные пути, за счет чего во время сна в них поддерживается постоянное положительное давление, препятствующее спаданию мягких тканей. В результате постоянная эффективная вентиляция легких обеспечивает не только нормальный сон, но и предупреждает грозные осложнения апноэ. Хирургическое лечение направлено на удаление излишка мягких тканей глотки. Медикаментозное лечение ночного апноэ с доказанной эффективностью на настоящий момент не разработано.

ПРОГНОЗ

При расстройствах сна неорганической этиологии в случаях адекватного лечения прогноз благоприятный. Однако следует

учесть, что у пожилых людей расстройства сна имеют свойство постепенно прогрессировать. Двигательные нарушения, хотя и отрицательно сказываются на качестве сна и создают определенные неудобства, существенно не влияют на общее состояние, в отличие от ночного апноэ, которое значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых катастроф. Прогноз вторичных расстройств сна зависит от прогноза заболевания, обусловившего развитие диссомнии.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литературы

1. Аведисова А. С. Терапия расстройств сна: современные подходы к назначению гипнотиков. — 3-е изд. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. — 112 с.
2. Психиатрия: национальное руководство / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. — 1008 с.: ил.
3. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей [Электронный ресурс] / под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — М.: Литтерра, 2014. — Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>.

Дополнительная литература

1. Бабак С. Л., Голубев Л. А., Горбунова М. В. Дыхательные расстройства и нарушения сна: практическое руководство. — М.: Издательский холдинг «Атмосфера», 2010. — 168 с.
2. Ковальзон В. М. Основы сомнологии: физиология и нейрохимия цикла «бодрствование — сон». — 3-е изд. — М.: БИНОМ; Лаборатория знаний, 2014. — 239 с.
3. Психиатрия: научно-практический справочник [Электронный ресурс] / под ред. А. С. Тиганова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — Режим доступа: <https://www.medlib.ru/library/library/books/2859>.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ.

1. Нарушения сна являются одним из компонентов синдрома:

- а) психоорганического;
- б) кататонического;
- в) астенического;
- г) истерического;
- д) гебефренического.

2. Нарколепсия — это:

- а) произвольное, назойливое возникновение одного и того же представления в сознании больного, несмотря на прилагаемые усилия избавиться от него;
- б) непреодолимое стремление вспоминать имена героев книг, даты каких-либо событий и т.д. без какой-либо надобности;
- в) непреодолимая боязнь, охватывающая больного, несмотря на понимание им ее бессмысленности и попытки с ней справиться;
- г) непреодолимое стремление считать без надобности какие-либо объекты (окна, дома, прохожих и т.д.);
- д) болезненное состояние, проявляющееся гипнолепсией, катаплексией, расстройством ночного сна.

3. К расстройствам сна неорганической этиологии относятся:

- а) ужасы во время сна, кошмары;
- б) нарушения цикличности сна и бодрствования;
- в) нарколепсия и катаплексия;
- г) апноэ во сне;
- д) ничего из перечисленного.

4. Инсомния — это:

- а) сногворение у пожилых людей;
- б) расстройство сна, которое характеризуется недостаточной продолжительностью или неудовлетворительным качеством сна либо сочетанием этих явлений на протяжении значительного периода времени;

- в) нарушение сна, которое характеризуется избыточной продолжительностью ночного сна и затрудненным утренним пробуждением;
- г) оптимальная продолжительность ночного сна;
- д) приступы непреодолимой сонливости и внезапного засыпания в течение дня.

5. Из перечисленных препаратов предпочтительнее для коррекции нарушений сна у пожилых пациентов:

- а) галоперидол и аминазин;
- б) amitриптилин и мелипрамин;
- в) зопиклон и золпидем;
- г) Феназепам® и нитразепам;
- д) хлоропирамин и дифенгидрамин.

6. Для синдрома «беспокойных ног» наиболее характерны:

- а) невозможность выполнения приседаний за счет повышенного тонуса мышц-разгибателей бедер;
- б) потребность совершать перетаптывающие движения ногами при вертикальном положении пациента;
- в) непроизвольные ускорения скорости пешего движения;
- г) неприятные ощущения в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время) и вынуждают пациента совершать облегчающие их движения;
- д) бесконтрольное совершение беспорядочных, отрывистых движений нижними конечностями, напоминающих танец.

7. Расстройства сна в пожилом возрасте встречаются:

- а) менее чем у 25% лиц пожилого возраста;
- б) от 25 до 50% лиц пожилого возраста;
- в) более чем у 50% лиц пожилого возраста;
- г) практически у всех лиц пожилого возраста;
- д) расстройства сна для лиц пожилого возраста не характерны.

8. Гендерные различия среди лиц пожилого возраста с нарушениями сна:

- а) женщины страдают расстройствами сна на 25% чаще, чем мужчины;
- б) мужчины страдают расстройствами сна на 25% чаще, чем женщины;

- в) женщины страдают расстройствами сна на 50% чаще, чем мужчины;
- г) мужчины страдают расстройствами сна на 50% чаще, чем женщины;
- д) гендерные различия среди лиц пожилого возраста с нарушениями сна не очевидны.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

- 1 — в
- 2 — д
- 3 — а
- 4 — б
- 5 — в
- 6 — г
- 7 — в
- 8 — а

Для заметок

А. Г. Софронов, А. Е. Добровольская, Е. Ю. Абриталин

РАССТРОЙСТВА СНА В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Учебно-методическое пособие

Редактор: *А. С. Кузьмина*

Технический редактор: *А. Ю. Барышева*

Подписано в печать 28.02.2020 г. Формат бумаги 60×84¹/₁₆.

Бумага офсетная. Гарнитура Newton.

Уч.-изд. л. 0,77. Усл. печ. л. 1,4.

Тираж 10 экз. Заказ № 39.

Санкт-Петербург, Издательство СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.

Отпечатано в типографии СЗГМУ им. И. И. Мечникова
191015, Санкт-Петербург, Кирочная ул., д. 41.