



О.О. Хаустова,  
Український національно-дослідний інститут соціальної  
і судової психіатрії та наркології МОЗ України

## Розлади сну у осіб літнього віку

**П**орушення сну є хворобливими станами, що істотно знижують якість життя. Їм приділяється недостатньо уваги, а отже вони не повною мірою діагностуються в загальній популяції незалежно від віку [1, 2]. Незважаючи на те, що скарга на безсоння серед людей літнього віку (у віці від 65 років і старше) майже загальна, порушення сну рідко систематично діагностують та лікують, навіть в геронтологічній практиці [3, 4]. Безсоння є серйозною проблемою серед людей літнього віку, оскільки поганий сон може мати негативні наслідки для багатьох аспектів життєдіяльності [5, 6].

### Поширеність і клінічні особливості порушень сну в похилому віці

У 1982 р. Національний інститут з проблем старіння (NIA) провів багатоцентрове епідеміологічне дослідження з метою оцінки поширеності скарг на розлади сну серед більш ніж 9000 людей літнього віку (у віці від 65 років і старше). 57% з них повідомили про деякі форми хронічного порушення сну, у той час як лише 12% – про відсутність скарг на порушення сну [7]. В основному учасники (n = 9282, середній вік – 74 роки) скаржилися на такі розлади сну: труднощі ініціації або підтримка сну (43%), нічне неспання (30%), безсоння (29%), дрімота в денний час (25%), проблеми із засинанням (19%), ранні прокидання (19%), відсутність відчуття відпочинку після сну.

Наступне дослідження із 3-річним періодом спостереження показало, що річний показник захворюваності на інсомнію складає біля 5%, а понад 15% людей літнього віку щороку звертаються по допомогу з приводу безсоння [8].

Хронічне безсоння також частіше зустрічається в цій групі населення. Фахівці з Національного фонду сну (NSF) провели опитування репрезентативної вибірки з 1000 американців у віці від 18 років і старше, які були розділені за віком

на 6 груп (18-24, 25-34, 35-44, 45-54, 55-64 і  $\geq 65$ ). У підсумку 9% усіх опитаних повідомили про хронічне безсоння, у той час як в групі  $\geq 65$  років більше 20% відзначили наявність у себе хронічного безсоння (найвищий показник серед усіх вікових груп) [9].

Схожі дані були отримані у проспективному когортному дослідженні в США, яке визначило наявність 23-34% людей літнього віку із безсонням [10]. Дослідження у Китаї показало, що поширеність хронічного безсоння коливається в межах 4-22% [11]. Дослідження, проведене в Нігерії серед літніх людей, вказало на частоту симптомів безсоння в 25,7% [12]. В Україні також 21-26% пацієнтів другої половини життя, що звертаються за медичною допомогою, також скаржаться на проблеми зі сном [2, 6].

Етіологія інсомнії може бути різноманітною. За МКХ-10, розлади сну в основному – первинно психогенні, емоційно зумовлені стани. Ми розглядаємо інсомнію з точки зору психосоматичної медицини, враховуючи соматичну патологію в етіології, патогенезі та клініці розладів сну. Причини інсомнії, як правило, визначають її тривалість. Епізодична інсомнія тривалістю до 1 тижня найчастіше виникає внаслідок емоційних стресів, десинхронозу, неправильного режиму дня, виникнення/загострення соматичної патології. Вона може бути обумовлена зовнішніми факторами, що порушують сон (шум, світло, коливання кімнатної температури та ін.), до яких особи похилого віку мають підвищену чутливість. Найбільше астенизує пацієнтів короточасна інсомнія, яка триває 2-3 тижні. Її причинами можуть бути розлади адаптації, важкі і тривалі стресові ситуації, загострення хронічних соматичних захворювань, хронічний больовий синдром, різні захворювання шкіри із симптомами свербіжу, нічний міотонус та ін. Причинами хронічної інсомнії (більше 3 тижнів) найчастіше стають психічні розлади, зловживання психоактивними

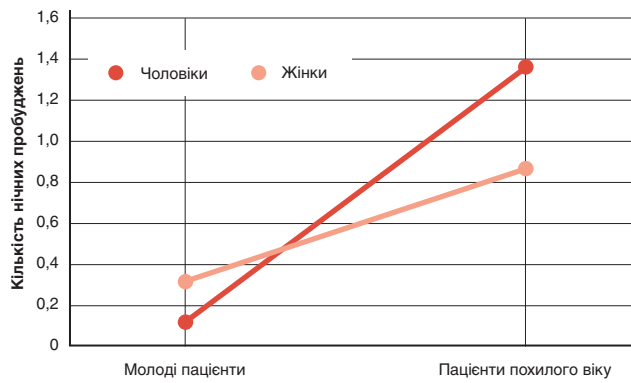


Рис. 1. Кількість нічних пробуджень у чоловіків і жінок залежно від віку [4]

речовинами, прийом стимулюючих психотропних засобів та інших лікарських препаратів, серед побічних дій яких нерідко наявне безсоння.

За часом появи порушення сну можуть бути пре-, інтра- і постсомнічними. У 80% пацієнтів відзначаються пресомнічні розлади, тобто порушення засинання із запізненням настання сну до 2 годин і більше, загальною тривалістю сну близько 4 годин, хоча в ліжку людина проводить 7-8 годин. Коли пацієнт не може заснути, у нього, як правило, виникають нав'язливі спогади, тривожні побоювання, він подумки «програє» якісь ситуації. Вранці він відчуває сонливість і слабкість. Приблизно у 30% пацієнтів мають інтрасомнічні порушення у вигляді раптових пробуджень (в страху, з вегетативними порушеннями) або поверхневого сну, наповненого мріями. Загальна тривалість сну може становити всього 2-3 год., після яких пацієнт також не відчуває ранкової бадьорості і свіжості.

Особи похилого віку проводять більше часу в стані неспання після того, як спочатку засинали, ніж молодші люди < 65 років; також вони мають проблеми підтримки сну. Таким чином, ці порушення є первинними симптомами у цій віковій групі [4, 20, 21]. Понад 49% пацієнтів похилого віку відчували симптоми недостатньої підтримки сну (30% прокидалися протягом ночі; 19% прокидалися занадто рано) в порівнянні з тільки 19% осіб, що мали труднощі із засинанням. Сон в старшій віковій групі характеризується більш частими і тривалими пробудженнями (рис. 1). Серед чоловіків літнього віку неспання після настання сну (погана підтримка сну) визначене як час (у хвиликах), було збільшене приблизно у 8 разів порівняно з більш молодими чоловіками (8,1 проти 1,2 відповідно;  $p < 0,01$ ). Кількість пробуджень тривалістю 5 хв. або довше, були частішими і тривалішими в старших вікових групах (1,4 у чоловіків і 0,9 у жінок, у віці 50-60 років; 0,1 у чоловіків і 0,3 у жінок у віці 20-30 років;  $p < 0,01$  для порівняння серед старших і молодших груп обох статей).

Серед можливих причин безсоння в похилому віці можна відмітити такі, як порушення серцевого ритму, задишка на фоні хронічної серцевої недостатності; бронхіальна астма в період нападу; атеросклероз судин нижніх кінцівок, особливо в запущеній стадії; психічні причини (депресія, короткочасні реакції на стрес, деменція); хвороба Паркінсона; біль в нижній частині

спини, артрит, печія; неконтрольований прийом снодійних засобів, деяких лікарських препаратів (наприклад, прийом сечогінних на ніч); прийом кави, алкоголю; компенсація нічного сну в денний час тощо.

Було встановлено, що безсоння більш поширене серед осіб, які вживали алкоголь, палили і споживали каву [13]. Поширеність безсоння мала зворотній зв'язок з рівнем фізичної активності: як надмірна сонливість в денний час, так і безсоння вночі в значній мірі пов'язані зі зниженням фізичної активності [14].

Важливою є проблема коморбідності при безсонні у людей літнього віку [15]. Безсоння пов'язане з поганим станом здоров'я, депресією, стенокардією, обмеженням в повсякденній діяльності, а також використанням бензодіазепінів [16]. В українській популяції населення літнього віку неконтрольоване надмірне вживання безрецептурних барбітуратів під «масками» комбінованих рослинних кардіологічних препаратів значно шкодить здоров'ю осіб похилого віку, збільшуючи ризик деменції, падінь, переломів, загальної смертності тощо [17].

Деякі дослідження показали досить шкідливий вплив порушень сну на рівень самооцінки здоров'я, захворюваність на серцево-судинні, церебро-васкулярні, метаболічні розлади, якість життя і смертність [11, 16, 18]. Була визначена вища поширеність безсоння у тих респондентів, які мали неприємні відчуття в животі, генералізований біль у тілі та безперервні головні болі. Причому, прояви безсоння були частіші серед осіб, які відвідали лікарню чотири і більше разів, були госпіталізовані в минулому чи мали свою першу госпіталізацію у віці старше 60 років [19].

У осіб похилого віку (старше 65 років) частіше буває занадто короткий (4-5 годин) або занадто тривалий (9-10 годин) сон, причому до 75% смертей у цьому віці асоційовано з занадто тривалим/коротким сном. Внаслідок недосипання прискорюється процес відкладення кальцію в коронарних артеріях, що збільшує ризик серцево-судинних захворювань (ССЗ). Недосип негативно впливає на гіпоталамус, призводячи до збільшення апетиту, поглинання надмірної кількості їжі та до надлишкової ваги як основного фактора ризику ССЗ. З порушеннями сну також асоційовані артеріальна гіпертензія, ішемічна хвороба серця і серцеві аритмії. Все це в сукупності збільшує ризик загальної смертності в похилому віці на 48% і на 15% збільшує ризик інсульту, в тому числі з летальними наслідками.

Низька якість нічного сну, яка була оцінена за допомогою Пітсбурзького опитувальника якості сну (PSQI) у пацієнтів із серцевою недостатністю була значущим предиктором гострих серцево-судинних подій [20]. До того ж, погана якість сну виявила навіть більшу кореляцію з такими подіями в порівнянні з функціональною виразністю ССЗ. Автори наголошували на доцільності включення оцінки якості сну в рутинне обстеження пацієнтів з серцевою недостатністю.

У проспективному когортному дослідженні з участю 6676 осіб віком  $\geq 50$  років було визначено, що люди літнього віку з тривалістю болю у м'язах та суглобах понад добу мають проблеми зі сном, причини яких виявилися поєднаними: власне біль і спричинені ним зміни способу



**Скрінінг порушень сну**

**Індекс тяжкості безсоння (ISI)**

*Будь ласка, оцініть поточну (тобто останні 2 тижні) серйозність ваших проблем безсоння:*

1. Чи були у Вас труднощі із засипанням?
2. Чи були у Вас труднощі із підтриманням сну?
3. У Вас були проблеми із дуже раннім прокиданням?
4. Чи Ви задоволені/незадоволені тим, як Ви спите?
5. Як Ви думаєте чи помітна для інших Ваша проблема зі сном з точки зору погіршення якості Вашого життя?
6. Як засмучені Ви поточними проблемами зі сном?
7. Чи зважають Ваші проблеми зі сном Вашій повсякденній діяльності (наприклад, втома в денний час, настрій, здатність долати звичне навантаження на роботі / дома, концентрація уваги, пам'ять)?

за п'ятипунктовою шкалою Лайкерта (можливі відповіді: від 0 – без проблем до 4 – дуже серйозна проблема). За підсумковим балом тяжкість інсомнії визначається наступним чином: від 0 до 7 балів – без клінічно значимого безсоння; від 8 до 14 балів – легке безсоння; від 15 до 21 балів – помірне безсоння; від 22 до 28 балів – важке безсоння.

Корисною також є ретроспективна оцінка якості сну шляхом заповнення щоденно анкет з певними запитаннями, але це може бути важким для літніх людей. Щоденник сну може охоплювати корисну інформацію про час очікування, кількість і якість сну декілька днів поспіль. Використання щоденника сну рекомендується в клінічній діагностиці безсоння в кінці життя, причому полісомнографія і зап'ястковий актіограф не вважаються провідними методами для діагностики безсоння у літніх людей.

Для пацієнтів літнього віку беззаперечно важливим є виявлення ознак апное уві сні, яке може бути провісником інсультів і інфарктів. Загальними симптомами, що дозволяють запідозрити даний стан у сні, є денна сонливість, дратівливість, втома і головний біль. Але у немічних пацієнтів похилого віку воно може мати стерті прояви або навіть бути безсимптомним. Апное легко виявити застосувавши скрінінг з використанням клінічних шкал, таких як опитувальник STOP-BANG [30]. Однак золотим стандартом для діагностики апное уві сні в лабораторії є полісомнографія. Цей тест дає інформацію щодо стадій сну, м'язової активності, потоку повітря через ніс, насичення киснем, електрокардіограми, хрипіння, положення тіла і руху кінцівок [31].

Апное уві сні поділяється на ступені тяжкості на основі середньої кількості гіпопное і апное на годину під час сну (індекс апное/гіпопное [ІАГ]): легка ступінь (ІАГ 5-15), помірна ступінь (ІАГ 16-30) або важка ступінь (ІАГ > 30).

**Принципи і стратегії лікування інсомнії в похилому віці**

З позиції доказової медицини, яка поєднує положення міжнародних настанов і національних настанов та консенсус експертів незалежно від типу терапії, первинними

цілями лікування інсомнії є поліпшення якості і кількості сну зі зменшенням денних наслідків порушень нічного сну. До інших конкретних показників результативності терапії порушень сну зазвичай включають вимірювання часу пробудження після початку сну, час до засинання, кількість пробуджень, час або ефективність сну, формування позитивного і чіткого зв'язку між перебуванням у ліжку і сном, а також зменшення впливу на сон чинників, пов'язаних з психологічним стресом. Також незалежно від типу терапії, клінічна оцінка стану пацієнтів має проводитися кожні кілька тижнів, і/або щомісяця до стабільного зменшення або усунення безсоння, а потім кожні 6 місяців, зважаючи на високу частоту рецидивів при безсонні [31-35].

Отже, лікування безсоння в похилому віці має бути цілеспрямованим і може включати в себе психологічні стратегії, фармакологічні препарати або їх поєднання. Загалом, психологічні методи слід розглядати в якості початкових методів лікування завдяки переконливим емпіричним даним клінічних досліджень, високому рівню безпеки у літніх людей, а також довгостроковій вигоді. Психологічні підходи до лікування за ефективністю випереджають фармакологічне лікування, а також демонструють кращі результати, ніж поєднання психологічної/медикаментозної терапії [36, 37].

Психологічні втручання безсоння охоплюють безліч різних методів, включаючи психоосвіту щодо сну, когнітивну терапію, гігієну сну, стратегії релаксації, контроль стимулів, обмеження сну, а також багатокomпонентне лікування. У таблиці подано повний перелік психологічних методів лікування безсоння в літньому віці.

КБТ має найкращу доказову базу з усіх наявних поведінкових методів лікування безсоння у людей літнього віку [36, 37]. Вона є комбінованим методом лікування безсоння і, як правило, складається з контролю стимулів і обмеження сну; варіації КБТ також включають психоосвіту і когнітивну терапію. КБТ призводить

**Скрінінг апное уві сні**

**Опитувальник ризику апное уві сні STOP-BANG**

1. *Ви голосно хрипете (досить голосно, щоб бути почутим через закриті двері, або Ваш партнер по ліжку будить Вас за хрипіння в нічний час)?*
  2. *Ви часто відчуваєте втому, виснаження або сонливість в денний час (наприклад, засипання під час руху)?*
  3. *Хто-небудь спостерігав у Вас зупинки дихання або задуху під час сну?*
  4. *Чи страждаєте Ви на артеріальну гіпертензію або отримували лікування з приводу високого кров'яного тиску?*
  5. *Індекс маси тіла більше 35 кг/м<sup>2</sup>?*
  6. *Вік старше 50 років?*
  7. *Розмір шиї (вимірювання навколо кадика) більше, ніж 43 см для чоловіків або 42 см для жінок?*
  8. *Чоловіча стать?*
- Менше 3-х «Так» відповідей вказує на низький ризик для апное під час сну.*

Примітка. Надано з дозволу [www.stopbang.ca](http://www.stopbang.ca)

Таблиця. Психологічні підходи до лікування безсоння у літніх людей [38]

Техніка	Рівень доказовості
<b>Психоосвіта з проблем сну</b> Інформація про нормальні зміни сну з віком. Призначена для нормалізації поточного сну, поліпшення очікувань і зменшення занепокоєння.	низький
<b>Когнітивна терапія</b> Деадаптивні думки, переконання і відносини можуть негативно вплинути на сон. Оскарження цих думок може допомогти поліпшити сон за рахунок зменшення деструктивних думок і емоцій.	низький
<b>Гігієна сну</b> Інструкція для запобігання або обмеження речовин і поведінки, що порушує сон (в тому числі кофеїн, алкоголь, нікотин, заняття спортом і важка їжа в нічний час).	низький
<b>Релаксаційні стратегії</b> Активні або пасивні методи релаксації, щоб зменшити фізіологічне або психічне збудження, що може заважати сну.	помірний
<b>Управління стимулами</b> Поведінковий метод, заснований на класичних принципах кондиціонування. Надання інструкцій щодо обмеження перебування у ліжку без сну, а також використання ліжка тільки для сну і сексу.	сильний
<b>Обмеження сну</b> Поведінкова стратегія, розроблена, щоб кількість часу, проведеного в ліжку відповідала кількості часу сну. Погоджений графік сну і час перебування в ліжку разом узгоджується і коригується по мірі необхідності.	сильний
<b>Багатокомпонентні пакети лікування</b> Об'єднує кілька окремих компонентів в пакет лікування. Як правило, складається з контролю стимулів і обмеження сну. Іноді включає в себе психоосвіту сну, когнітивну терапію, методи релаксації або рекомендації гігієни сну.	сильний

до значного поліпшення сприйняття власного сну у людей похилого віку, які страждають безсонням, тому вони віддають перевагу КБТ перед седативними та снодійними засобами. Такі клінічні дані дозволяють рекомендувати КБТ в якості терапії першої лінії в лікуванні безсоння у літніх людей.

Щодо медикаментозного лікування, то частота вживання снодійних ліків зростає з віком [39]. Це суперечить положенням міжнародного консенсусу, що фармакотерапію безсоння слід використовувати менше серед пацієнтів похилого віку. Однак в реальній клінічній практиці призначення седативних і снодійних препаратів є найбільш частим підходом до лікування безсоння у літніх пацієнтів. Людям похилого віку більше ніж в два рази частіше, ніж молодим дорослим особам призначається медикаментозне лікування безсоння [32, 36, 39], не зважаючи на підвищений ризик розвитку побічних ефектів лікарських засобів, лікарських взаємодій, толерантність і залежність, а також відсутність емпіричних даних, що підтверджують можливість довгострокового використання цих ліків у пацієнтів похилого віку. В Україні ця проблема поглиблюється неконтрольованим надмірним вживанням пацієнтами похилого віку безрецептурних барбітурат-вмісних ліків [40], що насправді «маскує» погіршення соматичного стану цього уразливого контингенту населення і значно погіршує його когнітивне функціонування.

Насправді, літнім людям з хронічним безсонням, седативні та снодійні засоби слід використовувати з великою обережністю. В цілому, короткострокова фармакотерапія може бути призначена при гострому безсонні. У разі прийняття рішення щодо призначення заспокійливого або гіпнотичного препарату пацієнтові літнього віку, слід призначати найменшу ефективну дозу з найнижчим ризиком розвитку побічних ефектів на найкоротший термін часу.

Седативні/снодійні препарати, що зазвичай використовуються, можуть бути згруповані в 3 категорії:

1 – короткої, проміжної і тривалої дії бензодіазепіни; 2 – Z-препарати; 3 – седативні антидепресанти. Загалом, бензодіазепіни тривалої дії взагалі не повинні використовуватися у літніх пацієнтів через підвищений ризик седації в денний час, падіння і порушення свідомості. Бензодіазепіни короткої або проміжної дії не є кращими для таких пацієнтів, але можуть бути призначені у разі первинної скарги на труднощі підтримки сну. Препарати Z групи мають меншу тривалість дії, ніж бензодіазепіни та, як вважають, несуть в собі менший профіль побічних ефектів. Проте існує обмежена кількість досліджень, що відносяться безпосередньо до використання більшості Z-препаратів у літніх пацієнтів із супутнім безсонням. Седативні антидепресанти часто використовують не за прямим призначенням для отримання їх седативних/гіпнотичних ефектів, хоча мало емпіричних даних підтримує використання седативних антидепресантів як снодійних засобів у літніх людей. Крім того, слід уникати препаратів з антихолінергічними побічними ефектами і барбітуратів.

Таким чином, серед літніх людей досить часто наявні розлади сну. Апноє уві сні і безсоння є особливо важливими проблемами у людей похилого віку, оскільки пов'язані з серйозними негативними соматичними, когнітивними і соціальними наслідками. Існують ефективні методи розпізнавання цих порушень, що мають застосовуватися серед пацієнтів похилого віку в рутинній медичній практиці. Передусім безпечними варіантами лікування безсоння в похилому віці є психологічні методи втручання, серед яких переважає КБТ. Підвищення прихильності до терапії і зниження надлишкового використання седативних/снодійних препаратів є важливими завданнями щодо вирішення проблеми інсомнії у пацієнтів літнього віку в клінічній практиці.

Список літератури знаходиться в редакції.