



**Профилактика и медикаментозная коррекция нарушений
сна у пожилых больных в рамках аффективных
расстройств в первичной амбулаторной сети**

Методические рекомендации

Санкт-Петербург
2012

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический
институт им. В.М. Бехтерева
Министерства здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
Директор ФГБУ «СПБ НИПНИ им.
В.М. Бехтерева»
Минздравсоцразвития России,
д.м.н., профессор



**Профилактика и медикаментозная коррекция нарушений сна
у пожилых больных в рамках аффективных расстройств
в первичной амбулаторной сети**

Методические рекомендации

Разработаны в рамках реализации подпрограммы «Психические расстройства» федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (на 2007–2011 годы)» по государственному контракту №К-16-НИР/46-1 от 7 июня 2010 г. на выполнение научно-исследовательских работ по теме: «Разработка методов управления качеством ранней диагностики, профилактики и терапии аффективных расстройств в условиях первичной медицинской сети».

Санкт-Петербург
2012

АННОТАЦИЯ

Нарушения сна у больных пожилого возраста имеют большую распространенность и актуальность для врачей-специалистов различных специальностей. Расстройства сна зачастую сочетаются у данной категории пациентов с различными соматическими нарушениями. В работе рассматриваются подходы к дифференциальной диагностике нарушений сна у пожилых больных с применением современных методов обследования в амбулаторной практике. Бесконтрольный длительный прием снотворных препаратов часто наносит дополнительный вред здоровью пациентов данной группы, в связи с чем необходима тщательная оценка возможных причин инсомний. В структуре расстройств сна у пожилых больных выявлены различные варианты этиологических причин, в связи с определением которых даются рекомендации по лечению и профилактике расстройств сна у данной категории больных.

Основное практическое значение и область применения планируемых результатов – амбулаторная неврологическая и психиатрическая сеть. Уточнение природы нарушений сна в амбулаторных условиях может проводиться на аппарате "Кардиотехника", что минимизирует материальные расходы лечебно-профилактического учреждения и больных, и выполняется в амбулаторных условиях специалистом по мониторингу ЭКГ и АД совместно с неврологом. Указанная методика значительно дешевле проведения исследования расстройств сна в специализированной сомнологической лаборатории.

Данные методические рекомендации могут быть полезны для врачей-неврологов, психиатров, терапевтов, врачей общего профиля.

Организация-разработчик: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Авторы: научный сотрудник кандидат медицинских наук Сафонова Н.Ю., ведущий научный сотрудник кандидат медицинских наук Балунов О.А.

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ТЕРМИНОВ

- АД – артериальное давление
- ГБ – гипертоническая болезнь
- ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия
- ЭКГ – электрокардиограмма
- ИБС – ишемическая болезнь сердца
- ЛС – лекарственное средство
- МРТ – магнитно-резонансная томография
- ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения
- СМАД – суточное мониторирование артериального давления
- СОА – синдром обструктивного апноэ
- ТИА – транзиторная ишемическая атака
- ТКДГ – транскраниальная доплерография
- УКР – умеренное когнитивное расстройство
- ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких
- ХНМК – хроническое нарушение мозгового кровообращения
- ЦВБ – церебро-васкулярная недостаточность
- ЭЭГ – электроэнцефалография

Термины

Аффективные расстройства (Расстройства настроения) – общее название группы психических нарушений, связанных с изменениями в эмоциональной сфере

Дисциркуляторная энцефалопатия – медленно прогрессирующая недостаточность мозгового кровообращения, приводящая к развитию множественных мелкоочаговых некрозов мозговой ткани и обуславливающая нарастающее нарушение функций головного мозга.

Инсомния – расстройство сна. В структуре инсомний различаются: пресомнические расстройства (ведущие проявления – затруднение засыпания на фоне тревожных расстройств и возникающих страхов не заснуть, чувствительность к внешним средовым факторам, микролонии засыпания, невозможность найти удобную позу); интрасомнические расстройства (ночные пробуждения, трудности засыпания после них и ощущение недостаточно глубокого сна); постсомнические расстройства (раннее пробуждение за пределами деления людей на «сов» и «жаворонков»; плохое самочувствие непосредственно после сна и феномен «сонного опьянения», когда активное бодрствование наступает медленно, снижается работоспособность).

Расстройства сна – инсомнии – нарушения количества, качества, времени сна, неприятные сновидения и связанные с этим отсутствие ощущения отдыха после сна, дневная сонливость, затруднения концентрации внимания, нарушение памяти, тревожность.

Лакунарный инфаркт головного мозга – небольшие по величине (до 15 мм в диаметре) инфаркты мозга.

Синдром обструктивного апноэ сна – синдром, при котором отмечается храп, периодическое спадение верхних дыхательных путей на уровне глотки и прекращение легочной вентиляции при сохраняющемся дыхательном усилии, снижение уровня кислорода в крови, грубая фрагментация сна и избыточная дневная сонливость.

СИПАП-терапия (CPAP) – аббревиатура от английских слов Continuous Positive Airway Pressure. – "Постоянное положительное давление в дыхательных путях" – аппаратура для лечения синдрома сонного апноэ.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность научной темы – в настоящее время расстройства сна занимают одно из ведущих мест в структуре жалоб пожилых больных в амбулаторной сети (к 95 годам такие расстройства отмечают 100% респондентов). Примерно одна треть взрослого населения сообщает об умеренных или серьезных затруднениях в засыпании и нарушениях непрерывности сна, от 9 до 15% популяции испытывают последствия инсомнии в дневное время, а 8-18% населения не удовлетворены качеством сна. Распространенность инсомнии повышается с возрастом и отмечается у женщин чаще, чем у мужчин. Связь между инсомнией и депрессией подтверждена в многочисленных исследованиях: лица с инсомнией чаще страдают большим депрессивным расстройством, в свою очередь до 80% пациентов с депрессией жалуются на нарушения сна. Согласно классификации расстройства сна делятся на первичные и вторичные, ассоциированные с различными заболеваниями.

Для пациентов пожилого возраста характерны физиологические изменения характеристик сна, в частности, некоторое укорочение общей длительности сна, более раннее пробуждение по утрам, но одновременно и тенденция к более раннему засыпанию, более поверхностный сон, склонность к пробуждениям. Это обусловлено нормальными возрастными изменениями стадийности сна, особенно существенно изменяется в сторону снижения её длительности REM-фаза сна, что приводит к уменьшению глубины сна и частым пробуждениям. Эти изменения объясняют чувствительность к психологическим факторам и изменениям окружающей среды, ухудшающим сон (изменение привычной обстановки, звуки, свет, психологические переживания, переутомление, употребление алкоголя, прием пищи в позднее время и т.д.). Эти ситуации не требуют медикаментозного лечения, советы врача могут ограничиваться разъяснениями и гигиеническими рекомендациями.

По данным отечественных и зарубежных авторов, для поддержания физиологически активного состояния длительность сна должна быть не менее 5 часов. Однако клиническая практика демонстрирует, что даже при объективно большей продолжительности сна ряд больных (особенно лица пожилого возраста) убеждены в своём страдании от бессонницы. При этом имеет место так называемая «агнозия сна».

По данным ряда эпидемиологических исследований в старших возрастных группах (65 лет и старше), до 35% пожилых и стариков

обнаруживают проблемы, связанные со сном. Неудовлетворенность сном отмечается у 25% мужчин и 50% женщин пожилого возраста. Более 25% пациентов позднего возраста регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых, а в связи с большой распространенностью данной проблемы, особенно среди пожилых больных, значительно нарушается качество жизни не только больных, но и их родственников.

Нарушения сна характеризуются упорными жалобами на бессонницу, при этом у пожилых пациентов наиболее частыми отмечены постоянные трудности засыпания, поверхностный и прерывистый сон, нередко с яркими, множественными, зачастую тягостного содержания сновидениями, при пробуждениях – ощущение тревожного беспокойства, затруднение или невозможность уснуть вновь. Гораздо реже в изолированном виде выступают стойкие жалобы на ранние пробуждения. В ряде случаев имеет место отсутствие чувства сна, когда пациенты признаются, что не испытывают ощущения отдыха от сна, хотя по объективным наблюдениям длительность сна была достаточной. Пациенты позднего возраста с диссомническими расстройствами пробуждаются чаще в первые часы сна, они более тревожны, склонны преувеличивать длительность периода засыпания и преуменьшать продолжительность сна. Уточнение особенностей нарушения сна по основным параметрам (время засыпания, продолжительность сна, ночные пробуждения, наличие и характер сновидений, оценка качества сна и качества пробуждения) необходимо не только в диагностических целях, но и немаловажно для выбора методов и средств терапии.

В пожилом возрасте причины нарушений сна имеют, как правило, многофакторную природу. Имеет место сочетание психосоциальных, медицинских, психогенно обусловленных факторов на фоне хронической недостаточности мозгового кровообращения либо органической мозговой патологии.

По мнению ряда авторов при психогенно обусловленных невротических психических расстройствах инсомния встречается в 80% случаев.

Выделяют несколько форм инсомнии: эпизодическая (продолжительностью до 1 недели), кратковременная (длительностью от 1 до 3 недель), хроническая (более 3 недель). Наиболее тяжелой и устойчивой к лечению остается хроническая инсомния, которая часто выявляется в рамках хронических соматических либо психических рас-

стройств. Особую проблему представляет хроническая инсомния в гериатрической практике, у пациентов пожилого возраста сон претерпевает ряд изменений, кроме того у таких больных достаточно распространены и выражены астено-депрессивный и депрессивный синдромы невротической, эндогенной, сосудистой этиологии. Депрессии в пожилом возрасте могут иметь скрытый характер, маскируясь различными соматическими жалобами. Следует отметить, что в пожилом возрасте, как правило, возрастает количество принимаемых лекарственных препаратов, некоторые из которых могут вызывать расстройства сна (некоторые ноотропы, противопаркинсонические препараты, антидепрессанты со стимулирующим эффектом, нейролептики, а также ряд терапевтических препаратов, таких как антибиотики, антиаритмики, антигипертензивные, гиполипидемические препараты, диуретики и др.) Таким образом, для ятрогенной бессонницы существует множество поводов.

Особенностью пожилых больных является наличие расстройств сна на фоне хронической недостаточности мозгового кровообращения (дисциркуляторной энцефалопатии), иногда с перенесенными эпизодами ОНМК, ТИА. По данным МРТ головного мозга у пациентов пожилого возраста часто выявляются лакунарные инфаркты головного мозга как единичные, так и множественные, а также у большинства больных присутствуют в той или иной степени выраженные атрофические изменения, лейкоареоз.

Ведущим патогенетическим механизмом дисциркуляторной энцефалопатии является ишемия и, как следствие – гипоксия мозговой ткани. Основными причинами органических изменений в сосудистой системе мозга, приводящими к ишемии, в большинстве случаев остаются атеросклероз мозговых сосудов и артериальная гипертензия. Выделяют 3 основных варианта дисциркуляторной энцефалопатии: атеросклеротическая, гипертоническая и венозная. Однако на практике дисциркуляторная энцефалопатия представлена сочетанием этих вариантов.

При образовании большого числа ЛИ наблюдается формирование лакунарного поражения мозга, которое характеризуется наличием не только множественных инфарктов, находящихся в разных стадиях организации, но и рядом других патологических изменений мозга. К последним относятся вторичная дегенерация волокон белого вещества (Тюрка-Валера) и изменения, обусловленные гипоксией: неполный некроз нервных клеток и белого вещества не только вокруг инфарктов, но и на значительном отдалении от них; образование кривлюр

(расширенных периваскулярных пространств в результате персистирующего отека мозга, локализованного преимущественно около очагов); уменьшение объема и массы мозга за счет множественных инфарктов и описанных выше сопутствующих им изменений мозга диффузного и очагового характера.

Вероятно, хронические гипоксические нарушения приводят к изменениям не только морфологии головного мозга в виде макро- и микроочаговых нарушений вещества мозга, формированию наружной и внутренней гидроцефалии, лейкоареоза, но и меняет работу структур ответственных за регуляцию цикла «сон-бодрствование».

Кроме того, наличие дисциркуляторной энцефалопатии обуславливает наличие у пожилых больных когнитивных нарушений различной степени выраженности, что может приводить к не совсем адекватной оценке качества сна такими пациентами.

Расстройства сна на фоне хронической соматической патологии могут возникать на фоне респираторных заболеваний (синдром обструктивного апноэ – состояния остановки дыхания с предшествующим периодом храпа, чаще выявляемого у тучных мужчин второй половины жизни, также расстройства сна могут быть вызваны кашлем и др. респираторной патологией), кардиоваскулярной патологии (стенокардия, артериальная гипертензия, аритмии и др.), хронических болевых синдромов, кожных заболеваний, протекающих с зудом, синдрома «беспокойных ног» и другой соматической патологией.

Расстройства сна также классифицируют как расстройства органической и неорганической этиологии.

Следует отметить, что пожилые люди зачастую длительно принимают гипнотики для коррекции расстройств сна, однако, без существенного улучшения этих нарушений.

Таким образом, важно провести дифференциальный диагноз нарушений сна и установки этиологии для максимально адекватного подбора соответствующего препарата.

Нарушения сна наиболее тщательно можно исследовать в специально оборудованной сомнологической лаборатории, однако, такое исследование достаточно дорогостоящее и проводится в условиях клиники, что не всегда удобно для пациента и его родственников.

Цель научно-исследовательской работы – уточнить факторы риска развития нарушений сна у пожилых больных, сформулировать показания для дифференцированной коррекции расстройств сна, проводить профилактику диссомнических нарушений у пожилых пациентов.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Для уточнения особенностей расстройств сна у пожилых пациентов нами были обследованы больные, находившиеся в отделении реабилитации психоневрологических больных в связи с ухудшением состояния хронического нарушения мозгового кровообращения либо получавших курс реабилитации после перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

В ходе госпитализации больные были консультированы психологом и психиатром для уточнения выраженности аффективных расстройств, проводилась оценка выраженности сопутствующих кардиологических и респираторных нарушений. Все пациенты были также обследованы неврологом, им были проведены МРТ головного мозга, доплерография, электроэнцефалограмма, выполнено суточное мониторирование ЭКГ и АД, проведена оценка всех принимаемых препаратов с ограничением приема потенциально опасных для развития нарушений сна.

В связи с наличием у большинства пожилых больных (помимо жалоб на нарушения сна) различной сопутствующей соматической и неврологической патологии, данная группа пациентов нуждается в тщательном наблюдении и обследовании для выявления максимального количества возможных этиологических факторов инсомнических нарушений.

Проведено дообследование пациентов в виде СМАД и ЭКГ. Суточное мониторирование ЭКГ и АД выполнялось на аппарате «Кардиотехника-04-АД». Для этого использовался носимый портативный регистратор, который производит круглосуточную запись электрокардиограммы, артериального давления и передачу информации о работе сердца за сутки в компьютер. Оценивались изменения ночного АД, наличие эпизодов гипотонии, наличие утреннего подъема АД, средние величины систолического и диастолического АД днем и ночью, индекс нагрузки давлением систолического и диастолического АД днем и ночью, повышенные колебания АД, наличие аритмий (их тип, преобладание днем или ночью, остановку синусового узла, степень снижения ЧСС ночью).

Комбинированный монитор ЭКГ И АД «КАРДИОТЕХНИКА-04-АД-3 (М)» – высококачественная суточная запись ЭКГ в 12/3-х отведениях и мониторирование АД двумя методами (с возможностью проверки любого измерения).

Дополнительно записывается положение тела, двигательная активность пациента и реопневмограмма в одном отведении. Данный аппарат представлен на рис. 1



Рис.1. Монитор для записи суточного измерения ЭКГ и АД с пневмограммой

Среди этиологических причин были зарегистрированы различные виды патологии, в том числе наличие аффективных нарушений, сердечно-сосудистой патологии, синдрома обструктивного апноэ. Все эти расстройства были выявлены на фоне хронической мозговой недостаточности.

При жалобах на расстройства сна у пожилых больных нам кажется целесообразным привлекать к обследованию пациентов психологов, психиатров для уточнения выраженности депрессивного синдрома и связанных с ним аффективных нарушений. На наш взгляд, это поможет избежать необоснованно длительного приема снотворных и установить правильный диагноз, который может быть скрыт за расстройством сна.

Депрессивные больные часто жалуются на бессонницу. При расспросе выявляются различные проявления, такие как расстройства засыпания, характерные ранние пробуждения с невозможностью вновь уснуть, тревожное беспокойство при ночном пробуждении, тягостное душевное состояние в ранние утренние часы. Именно депрессивным больным свойственно отсутствие чувства сна, нередко формируется навязчивый страх перед наступлением ночи и бессонницей.

В психиатрической практике отмечаются состояния, когда больные не предъявляют жалоб на нарушения сна, однако выраженные нарушения сна имеют место (состояния возбуждения при психозах, маниакальных или гипоманиакальных состояниях, делириозных рас-

стройства токсического и сосудистого генеза), а также при деменциях позднего возраста может быть инверсия сна с ночным суетливым бодрствованием и дневной сонливостью, что значительно затрудняет уход за такими больными и в стационаре и при домашнем пребывании.

Таким образом, первой задачей врача является дифференциальная диагностика нарушений сна у больных пожилого и старческого возраста, уточнение основных проявлений диссомнии и только после этого – принятие мер терапевтического вмешательства. Следует еще раз подчеркнуть, что медикаментозному лечению подлежат только состояния с длительно существующим нарушением сна. Транзиторные эпизоды нарушений сна не требуют лекарственных назначений так же, как и физиологические изменения характера сна у пожилых больных. Однако пациенты нуждаются в разъяснительной психотерапии и советах по гигиене сна и соблюдению режима (отход ко сну в одно и то же время, утренний подъем, умеренная физическая нагрузка, прогулки, избегание чрезмерных впечатлений в вечернее время, перекармливания, тонизирующих напитков и т.п.).

Первичные нарушения сна требуют дифференцированного подхода в лечении. Если при миоклонусе могут быть полезны транквилизаторы, то при апноэ во сне эти препараты не показаны, так как они могут усугубить расстройства дыхания. Некоторый эффект достигается при назначении циклопиролонов.

Основной принцип терапевтической коррекции вторичных нарушений сна – активное и адекватное лечение основного заболевания, симптомом которого является нарушение сна, как при соматической, так и при неврологической и психической патологии. Если раньше для лечения депрессивных расстройств традиционно применялась комбинированная терапия антидепрессантами и транквилизаторами, в том числе гипнотиками, то в настоящее время в практику внедрены новейшие антидепрессанты, обладающие свойствами улучшения сна и не требующие дополнительного назначения транквилизаторов-гипнотиков.

При ятрогенном расстройстве сна необходимо пересмотреть дозы применяемых препаратов, потенциально опасных в отношении возникновения нарушения сна, режим приема препаратов в течение суток и т.п., то есть желательно сделать всё возможное, чтобы обойтись без дополнительных назначений психотропных средств. В соответствии с принципами гериатрической фармакотерапии, следует, во-первых, избегать полипрагмазии, а во-вторых, иметь в виду нежелательные последствия применения транквилизаторов-гипнотиков у

больных пожилого и старческого возраста. Всегда следует иметь в виду риск чрезмерной седации, миорелаксации, нарушения равновесия, падений, расстройства концентрации внимания, усугубления мнестических расстройств.

В связи с вышеописанным, при обнаружении жалоб на расстройства сна необходимо уточнить на фоне какой сопутствующей патологии отмечаются данные нарушения, и провести оценку сопутствующих жалоб. При высказываемых жалобах, указывающих на сердечно-сосудистую патологию, необходимо направить на дообследование с проведением суточного мониторирования ЭКГ и АД. При выявлении жалоб на снижение настроения, колебания веса, аппетита привлекать к обследованию психиатра для уточнения характера и выраженности астено-депрессивного синдрома. Также необходима тщательная оценка принимаемых препаратов для выявления потенциально опасных в отношении развития расстройств сна лекарств для дальнейшей коррекции дозы либо отмены данного препарата.

Коррекция нарушений сна проводится в соответствии с выявленными этиологическими особенностями. Кроме того, пациентам с расстройствами сна на фоне ЦВБ необходимы повторные курсы нейрометаболической, вазоактивной, общеукрепляющей терапии. При наличии астено-депрессивного синдрома по назначению психиатра проводится курс различных антидепрессантов и/или транквилизаторов, либо их сочетание, на фоне чего происходит нормализация нарушений сна. Трициклические антидепрессанты, (например амитриптилин), могут быть эффективны при нарушениях сна у пациентов с депрессивными расстройствами так и без них. Трициклические антидепрессанты особенно эффективны при нарушениях сна в сочетании с болевым синдромом и нарушением аппетита и могут применяться в виде монотерапии. Норадренергические и специфические серотонинэргические антидепрессанты, (например мirtазапин), используются для лечения нарушений сна, связанных с депрессивными расстройствами разной степени выраженности, хроническими расстройствами настроения, соматоформными расстройствами.

Также для коррекции расстройств сна назначались малые нейрорептики в небольших дозах (например, тиоридазин). При выявлении значимого числа аритмий обосновано назначение антиаритмиков в адекватной дозировке под контролем повторного мониторирования ЭКГ. Большинство больных получали гипотензивную терапию, однако, так как при суточном мониторировании АД была зафиксирована недостаточная коррекция повышенного артериального давления но-

чью, было проведено маневрирование приемом гипотензивных препаратов в течение дня для достаточного снижения АД в ночное время.

При обнаружении синдрома сонного апноэ пациентам разъяснялась необходимость коррекции избыточного веса, и они также направлялись в сомнологическую лабораторию для подбора СИПАП-терапии.

СИПАП-терапия представлена на следующем рисунке.



Рис. 2 СИПАП-терапия.

В ряде случаев отмечено сочетание различных патогенных факторов, в частности, сочетание астено-депрессивного синдрома и недостаточного снижения АД ночью, сочетание синдрома обструктивного апноэ и ночной гипертензии. В этом случае проводилась многоплановая коррекция выявленных нарушений.

Нельзя не отметить, что расстройства сна у ряда больных, вероятно, были вызваны наличием соматической патологии (в частности, аденомой предстательной железы) из-за чего пациенты были вынуждены неоднократно вставать ночью, либо выраженными двигательными нарушениями, из-за которых больные не могли самостоятельно повернуться в постели.

Множественность этиологических расстройств, приводящих к нарушениям сна, ведет к необходимости тщательного обследования пожилых пациентов с данными жалобами. К сожалению, не всегда возможно многоплановое обследование в специализированной сомнологической лаборатории, в ряде случаев в связи с дороговизной данного обследования, недостаточным количеством подобного рода лабораторий, нежеланием пациента ночевать вне дома; кроме того, изменение привычной об-

становки (ночевка в сомнологической лаборатории при проведении исследования) может влиять на характер полученных данных. При сомнологическом исследовании не всегда учитывается наличие депрессивных расстройств, которые зачастую нарушают сон.

Проведение суточного мониторинга ЭКГ и АД с пневмографией значительно дешевле, может проводиться в естественных для пациента условиях, что значительно повышает значимость полученных результатов.

При этом дополнительно оценивается наличие нарушений ритма сердца, их превалирование в течение суток (в данном случае в ночное время), степень выраженности повышения АД, его вариабельность в течение суток, наличие ночной гипертензии. При применении пневмографии проводится также оценка ночного апноэ, подсчитывается их частота в течение ночи, что возможно сопоставить с подъемами АД и возникновением аритмий и сделать соответствующие выводы.

Широкие возможности для интерпретации полученных при мониторинге результатов, кроме того, поддерживаются легкостью проведения данного обследования в амбулаторных условиях.

Также проведение суточного мониторинга не требует наличия отдельного помещения и обученного сестринского персонала (дежурства ночью у постели больного для контроля записи), инженера, что значительно упрощает процесс проведения данного обследования и его последующей расшифровки.

В настоящее время существует множество препаратов для неспецифической коррекции нарушений сна - гипнотиков, однако, длительное их применение опасно развитием привыкания, различными побочными эффектами. При назначении снотворных желательнее учитывать следующие факторы:

- назначать минимально эффективную дозу гипнотиков
- продолжительность приема не более 4 недель

К препаратам первого поколения относятся барбитураты, паральдегид, антигистаминные препараты, пропандиол, хлоралгидрат. Гипнотики второго поколения представлены широким спектром производных бензодиазепина нитразепам, флунитразепам, мидазолам, флуразепам, триазолам, эстазолам, темазепам. Третье поколение небензодиазепиновых гипнотиков включает сравнительно новые препараты производное циклопирролона (зопиклон) и производное имидазопиридина (золпидем).

Особого подхода требуют больные с деменцией и расстройствами сна, так как в этом случае прием снотворных может ухудшать

течение когнитивных нарушений, кроме того, иногда сложно оценить адекватность оценки самим больным его нарушений сна, в связи с чем необходима помощь его родственников для уточнения выраженности инсомнии и контроля за правильностью приема препарата для коррекции расстройств сна.

При наличии хронической сосудистой мозговой недостаточности возможно ухудшение кровообращения в зоне мозговых структур регулирующих цикл сон-бодрствование, в связи с чем нельзя не упомянуть о необходимости регулярных повторных курсов вазоактивной, нейрометаболической, общеукрепляющей терапии у пациентов пожилого возраста.

Таким образом, дифференцированный подход к лечению расстройств сна поможет избежать необоснованного назначения гипнотиков, предотвратить привыкание к ним и избежать дальнейшего ухудшения нарушений сна.

В целях профилактики сомнологических расстройств необходима своевременная консультация психиатра для уточнения выраженности аффективных нарушений и адекватное назначение антидепрессантов и/или транквилизаторов.

При обнаружении соматической патологии (например, аденомы предстательной железы) необходима консультация соответствующего специалиста для коррекции соматической патологии, лечение кардиологических расстройств и др.

Алгоритм диагностики и лечения представлен в виде схемы.

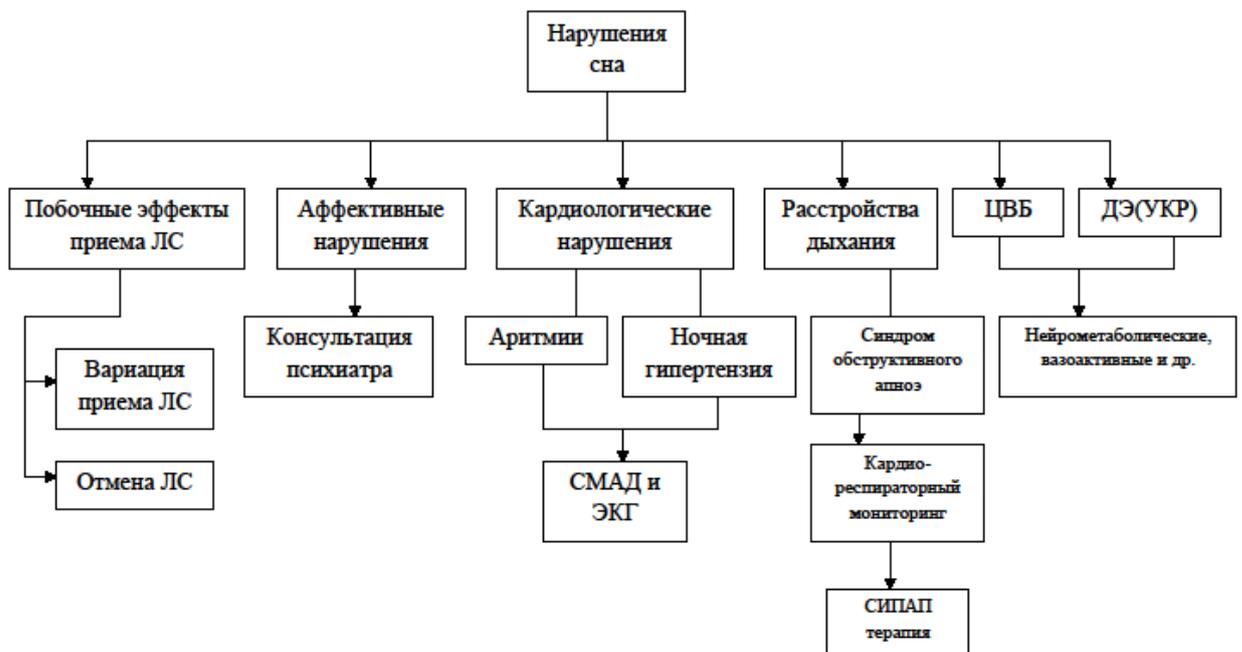


Схема 1. Алгоритм дифференциальной диагностики и лечения расстройств сна у больных пожилого возраста.

Необходимо также отметить в профилактике нарушений сна позитивную роль проведения гигиенических мероприятий в виде адекватной физической нагрузки в дневное время, соблюдения режима труда-отдыха, отхода ко сну в одно и то же время и т.д.

К нефармакологическим методам относится обучение больного и соблюдение им принципов «гигиены сна». Принципы «гигиены сна» включают ряд правил:

- лечь в кровать необходимо только для сна, для отдыха в течение дня необходимо выбрать другое место вне спальни;
- во время ночного сна не должно быть посторонних шумов и яркого освещения; температура в комнате должна быть оптимальна;
- постель должна быть чистой, сухая без складок; одежда на пациенте должна быть свободная и мягкая;
- перед сном необходимо опорожнить прямую кишку и мочевой пузырь;
- необходимо устранять запоры (увеличением приёма жидкости и диетических волокон, а также приемом слабительных в дневное время); необходимо использование катетера и памперсов для взрослых при ночном недержании мочи;
- рекомендуется избегать напитков с кофеином за два часа перед временем сна; желательно ограничить прием жидкости перед сном; отказаться от пряных, или сладких пищевых продуктов за 4-6 часов до времени сна; за два часа до времени сна можно употребить продукты с высоким содержанием триптофана (например, молока, мяса индейки);
- необходимо отказаться от приема алкоголя или курения за 4-6 часов до времени отхода ко сну; физическая гимнастика должна проводиться не менее чем за два часа до сна;
- желательно соблюдать постоянное время отхода ко сну.

Профилактикой расстройств сна также будет являться своевременное лечение хронических соматических заболеваний, назначение препаратов в адекватной дозировке.

Издательский центр Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева приглашает всех заинтересованных лиц воспользоваться следующими услугами:

- Оперативная печать авторефератов, брошюр, методических пособий, буклетов.
- Копировально-множительные работы.
- Издание монографий, сборников научных трудов, тезисов конференций малыми и средними тиражами.

Тел/факс: 365-20-80. E-mail: onmi@bekhterev.ru

Адрес: Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3, корп.6

Издательский центр СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева

Подписано в печать 16.04.2012. Формат 60x84/16.

Отпечатано с готового оригинал-макета
в типографии СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева
методом оперативной полиграфии.

Заказ № . Тираж 100 экз.

Типография СПб НИПНИ им В.М. Бехтерева.
192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3, тел. 365-20-80