

Інсомнія в людей похилого віку

Популяція людей похилого віку продовжує швидко збільшуватися: з нинішніх 205 мільйонів осіб у віці 60 років і старших до прогнозованих 2 мільярдів до 2050 року.

Одним із найпоширеніших порушень сну серед осіб похилого віку є безсоння, оскільки близько 50% людей скаржаться на труднощі із засинанням або збереженням сну. Поширеність інсомнії вища серед літніх людей, ніж серед молодшого населення.

Загальна поширеність інсомнічних симптомів коливається від 30% до 48% у людей похилого віку, тоді як поширеність інсомнічних розладів коливається від 12% до 20%.

Інсомнія часто класифікується за симптомом, що переважає або труднощами із засинанням чи якістю сну. **Симптоми зміни якості сну є найбільш поширеними серед осіб з інсомнією (50% до 70%), за якими йдуть труднощі із засинанням (35% до 60%) і сон, який не відновлюється (20% до 25%).**

Дослідження за участі 6800 людей похилого віку (віком 65 років і старших) показало, що рівень захворюваності на інсомнію становить 5% на рік, із щорічною частотою 7,97% за 1 рік спостереження. Приблизно 50% пацієнтів із симптомами інсомнії матимуть ремісію протягом періоду спостереження, з вищими показниками ремісії серед літніх чоловіків, порівнюючи з жінками.

ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Інсомнія в широкому сенсі визначається як незадоволеність сном якісно і кількісно. Зазвичай це пов'язано з одним або декількома наступними чинниками:

- труднощі із засинанням;
- труднощі з підтриманням сну, які характеризуються частими пробудженнями або проблемами з поверненням до сну після пробудження;
- раннє пробудження з неможливістю повернутися спати.

У п'ятому виданні Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-5) наголошується, що порушення сну викликає клінічно значущий дистрес або функціональне порушення та виникає не менше **3 ночей на тиждень протягом принаймні 3 місяців**, незважаючи на достатню можливість виспатися, тоді як Міжнародна статистична класифікація хвороб і пов'язаних із ними проблем зі здоров'ям, 10-й перегляд (МКХ-10) вимагає **принаймні 1 місяця симптомів**, які не пояснюються іншим розладом сну та неспання, вживанням заборонених речовин або супутніми медичними та психічними розладами.

Термін «невідновний сон» більше не є прийнятим діагностичним симптомом для DSM-5; однак він все ще залишається в критеріях МКХ-10. Патологіологія інсомнічних розладів викликає стан гіперзбудження під час сну та неспання. Гіперзбудження проявляється у вигляді підвищеної швидкості обміну речовин по всьому тілі під час сну та неспання, підвищення рівня кортизолу та адренокортикотропного гормону під час раннього періоду сну та зниження парасимпатичного тону при варіабельності серцевого ритму. Важлива зміна щодо діагностичних класифікацій була визначена в DSM-5 і третьому виданні Міжнародної класифікації розладів сну (ICSD-3). Інсомнія в ICSD-3 визначається як скарга на проблеми з ініціюванням або підтриманням сну, яка спричинена денними наслідками та не пов'язана з обставинами навколишнього середовища чи недостатньою можливістю спати. Це замінює попередні категорії первинних і вторинних форм безсоння на користь широкої категорії розладу безсоння, коли безсоння супроводжується медичними або психіатричними захворюваннями.

У дослідженні 6800 пацієнтів похилого віку (старших 65 років) Foley та ін. продемонстрували, що 93% мають одне або більше супутніх захворювань та інші фактори, найчастіше депресію, хронічний біль, онкологічне захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, серцево-судинні захворювання, вживання ліків та фактори, пов'язані зі старінням (вихід на пенсію, бездіяльність або догляд за родичами). Збільшення поширеності хронічних захворювань може пояснити більшість симптомів безсоння у літніх людей. Від 1% до 7% безсоння в старшому віці виникає незалежно від хронічних захворювань. Зменшена мобільність, вихід на пенсію та обмежена соціальна взаємодія є джерелами порушень сну. Догляд за пацієнтами може бути причиною роздумів і тривоги під час спроб заснути. Виявлено, що в жінок, які доглядають за ними, більш значна поширеність скарг на сон. Жінки частіше є основними опікунами своїх дітей, батьків або партнерів, окрім роботи поза домом, що впливає на загальний час сну. Жінки також частіше, ніж чоловіки, мають проблеми зі сном і звертаються до лікаря загальної практики з цими скаргами.

ЧИННИКИ, ЯКІ СПРИЧИНЯЮТЬ ІНСОМНІЮ

Спілман і його колеги продемонстрували трифакторну модель для розуміння етіології та стійкості безсоння. Ця модель ідентифікує фактори схильності, провокації й збереження, які разом підвищують ймовірність інсомнії вище за її порогові значення.

Чинники, які можуть сприяти

До них належать *демографічні, біологічні, психологічні та соціальні характеристики*.

- Жінки, старші 45 років в 1,7 рази частіше страждають від безсоння, ніж чоловіки.
- Розлучені, розділені пари або овдовілі також більш схильні до інсомнії, ніж одружені люди.
- У деяких випадках низький рівень освіти чи доходу може сприяти безсонню.
- Куріння, вживання алкоголю та знижена фізична активність є іншими факторами, пов'язаними з більш високими показниками інсомнії в літніх людей.

Чинники, які провокують

Ці фактори зазвичай включають стресові життєві події або захворювання, які можуть порушити сон.

Люди похилого віку з респіраторними симптомами, фізичними вадами та станом здоров'я, як вважали, мають підвищений ризик до інсомнії.

Ліки, як-от бета-блокатори, глюкокортикоїди, нестероїдні протизапальні препарати, деконгестанти та антиандроєни, можуть бути одним із чинників, що сприяють інсомнії також.

Кілька досліджень показали, що пацієнти з депресією та генералізованим тривожним розладом мають вищий рівень інсомнічних розладів.

Зберігаючі чинники

Ці фактори часто складаються з поведінкових або когнітивних змін, які виникають внаслідок гострого безсоння. Гострий епізод безсоння не обов'язково переросте в хронічну інсомнію без цих провокативних поведінкових і когнітивних подій. Приклади включають проведення надмірного часу в ліжку, часту дрімоту та кондиціонування (підвищена тривога перед засинанням через страх провести ще одну безсонну ніч). Варіанти нефармакологічного лікування часто спрямовані на ці стійкі чинники.

ЗМІНИ СНУ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТАРІННЯМ

Поряд із багатьма фізіологічними змінами, які спостерігаються зі старінням, значні зміни також відбуваються в сні та циркадному ритмі протягом життя. Розрізняючись за формами хвиль на електроенцефалограми та іншими фізіологічними сигналами, сон зараз класифікується на 4 стадії.

Перші 3 – це стадії нешвидкого руху очей (NREM): стадії сну N1, N2 і N3. Сон зі швидкими рухами очей (REM) відбувається на 4-ій стадії, стадії сну R.

- Стадія сну N1 є найлегшою і на неї припадає 18% часу сну літніх людей.
- На стадії сну N2 мозкові хвилі сповільнюються, температура тіла починає падати, а частота серцевих скорочень сповільнюється в міру поглиблення сну, що становить 48% часу сну.
- Сон ще більше поглиблюється на стадії сну N3, яка характеризується дуже повільними мозковими хвилями, які називаються дельта або повільним сном. На цей етап припадає 16% сну.
- Сон на стадії R є «парадоксальним сном», оскільки мозкова діяльність подібна до такої в стані неспання з підвищенням симпатичним тонусом, що характеризується підвищенням артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, але з атонією м'язів. Сновидіння виникають на цій стадії сну і займають 18% часу сну в літніх людей.

Загальний час сну значно скорочується з 10 до 14 годин на добу в дитячому віці до 6,5-8,5 годин на ніч у молодому віці, потім зменшується повільніше в старшому віці до 5-7 годин на ніч, і плато прилизо у віці 60 років. Природне скорочення загального часу сну в деяких людей похилого віку може породжувати нереалістичні очікування щодо тривалості сну, викликаючи тривогу, яка може спричинити або погіршити безсоння.

Починаючи з середнього віку, дорослі менше часу проводять у повільному та швидкому сні. Ефективність сну продовжує знижуватися після 60 років. Після початку сну спостерігається помітне посилення неспання, але латентність сну не змінюється. Для здорових людей похилого віку зазвичай спостерігається прогресивна фаза сну (рано засинають і рано прокидаються). Однак це може не стосуватися людей похилого віку з інсомнічними симптомами, які мають затримку циркадної фази. Ці особи, як правило, мають циркадну дисперсію та відсутність синхронізації порівняно зі здоровими суб'єктами.

Раннє пробудження може призвести до частоті денної дрімоти, що ще більше посилює проблему безсоння протягом ночі. Важливі часові сигнали (zeitgebers) для циркадного ритму можуть руйнуватися з віком; наприклад, люди похилого віку можуть не мати фіксованого графіка роботи або приймання їжі через вихід на пенсію, що ще більше сприяє безсонню. Відповідно до епідеміологічного дослідження, проведеного О'науп, здорові люди похилого віку сплять так само добре, як і молоді. Також відомо, що літні люди можуть бути більш терпимими до депривації сну, ніж молоді. Дослідження ефективності психомоторної пильності після кількох ночей депривації сну в жінок віком від 20 до 30 років порівняно зі старшими жінками у віці від 55 до 65 років показало, що молодші жінки мають більш помітні порушення з депривацією сну порівняно зі старшою віковою групою. Опитування 10 094 осіб віком від 18 років «The American Insomnia» показало, що скарги на інсомнію, які повідомляли вони самі, були нижчими в літніх людей (старших 65 років) порівняно з молодшою групою (від 18 до 64 років). Це підкреслює важливість підходу з більшою пильністю до будь-якої інсомнічної скарги в людей похилого віку.

КОМОРБІДНІСТЬ ПРИ ІНСОМНІЇ

Інсомнія пов'язана зі значною захворюваністю, якщо її не лікувати. Найпереконливіший рівень доказів – це **психічні захворювання**. У людей похилого віку з інсомнією ризик розвитку симптомів депресії підвищується на 23%. Кілька досліджень задокументували підвищений ризик депресії в літніх пацієнтів із постійною інсомнією. Нещодавнє дослідження показало, що 44% старших пацієнтів із постійним безсонням продовжували страждати від депресії через 6 місяців, порівнюючи з лише 16% пацієнтів зі здоровим сном.

Інсомнія та психічні розлади, як-от депресія та тривога, мають двосторонній зв'язок. Крім того, інсомнія також **підвищує ризик суїцидальних нахилів**.

Метааналіз симптомів інсомнії та їхнього зв'язку **із серцевими захворюваннями** після одуження на вік та інші серцево-судинні фактори ризику виявив, що співвідношення ризику серцевих захворювань через симптоми безсоння коливається від 1,47 до 3,90.

Втрата сну та безсоння пов'язані з **гіпертонією, інфарктом міокарда та, можливо, інсультом**. У дослідженні Sleep Heart Health Study, дорослі учасники (середнього віку та старші), які зазначили що сплять 5 годин або менше, мали в 2,5 рази більше шансів розвитку **діабету** порівняно з тими, хто спав 7-8 годин на добу.

Інше дослідження також показало, що люди з інсомнією мають більший ризик розвитку **метаболічного синдрому**. Недавні дослідження також показують, що симптоми безсоння можуть призвести до підвищення рівня **онкологічних захворювань**, наприклад, раку простати. Тривалі симптоми безсоння також пов'язані з більшим ризиком розвитку **когнітивних порушень**. Перехресна кореляція між поганою якістю сну та кортикального атрофією була показана в людей похилого віку, які проживають у громаді.

Інсомнія розглядається як незалежний фактор ризику **втрати чи зниження працездатності й відпущає через хворобу**. Економіку втрати здійснюваної продукції, що інсомнія пов'язана з високими прямими та непрямими витратами для системи охорони здоров'я й суспільства.

ДІАГНОЗ

Оцінювання та діагностика інсомнії є більш клінічними, ґрунтуються на детальній клінічній історії проблем зі сном і відповідних супутніх захворювань, отриманих від пацієнтів, їхніх партнерів та/або осіб, які доглядають за ними. Оцінювання симптомів інсомнії викликає труднощі, оскільки вони можуть виникати як первинний розлад або бути результатом інших супутніх захворювань. Клініцист повинен оцінити характер, частоту, еволюцію та тривалість симптомів, а також відповідати на лікування. Використовуючи різні щоденники сну та анкети, можна досягти ретельного оцінювання безсоння. Консенсусний щоденник сну, який містить детальні запитання, може допомогти отримати додаткову його історію. Часові аспекти сну (час, коли пацієнт лягає спати, спроби заснути, час пробудження та остаточний час підйому з ліжка), кількісні аспекти (латентність початку сну, кількість і тривалість пробуджень, пробудження після початку сну, загальний час сну), а також якісні аспекти (суб'єктивна якість сну, задоволеність).

Слід також звернути увагу на поведінкові чинники, як-от використання електронних гаджетів перед сном, оскільки вони можуть пригнічувати вироблення мелатоніну, що негативно впливає на циркадний ритм. Необхідно оцінити фактори навколишнього середовища, включаючи температуру в спальні, інтенсивність світла, рівень звуку та режим сну партнера. Лікар також повинен запитати про симптоми, спричинені іншими розладами сну, включаючи обструктивне апное сну (хропіння, зупинки дихання), синдром неспокійних ніг (бажання рухати кінцівками), парасомнії (незвичайна поведінка під час сну) та порушення циркадного ритму (незвичайний час сну). Також дуже важливо визначити рівень вживання алкоголю, напоїв з кофеїном, сигарет та будь-яких інших речовин, які можуть негативно вплинути на якість сну.

Оцінювання безсоння також повинне включати анамнез і фізичне обстеження, пов'язане з медичними та психіатричними розладами, які можуть посилити безсоння. Неврологічні розлади (інсульт, мігрень), хронічний біль, ендокринні розлади (гіпотиреоз/гіпертиреоз), хронічне обструктивне захворювання легень, астма, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба і застійна серцева недостатність можуть призвести до інсомнії або погіршити її.

Клініцист також повинен запитати про наявність депресії, біполярного афекту, тривожного розладу. Необхідно переглянути приймання ліків, оскільки заспокійливі засоби, антидепресанти, гіпотензивні засоби, стероїди та антигістамінні препарати можуть заважати сну.

МЕТОДИ, ЯКІ ДОПОМАГАЮТЬ РИЗИКУ В ОЦІНЮВАННІ ІНСОМНІЇ

Актографія зап'ястя

Актографія зап'ястка, яка відстежує та зберігає дані про рухи протягом 28 днів, може використовуватися для моніторингу відповіді на лікування та перевірки інших циркадних розладів.

Полісомнографія

Полісомнографія не рекомендована для оцінювання інсомнії, але сприяє аналізу апное сну або парасомнії.

Шкали оцінювання інсомнії

Численні шкали оцінювання інсомнії фіксують симптоми та контролюють відповідь на лікування.

Індекс тяжкості інсомнії вимірює суб'єктивні симптоми та негативні наслідки інсомнії за попередні 2 тижні. За цією шкалою бали, вищі 14, говорять про «клінічну інсомнію». Піттсбурзький індекс якості сну, анкета з 19 пунктів, вимірює 7 областей сну за попередній місяць. Загальні оцінки, вищі 5, вказують на клінічно значущі порушення сну.

Візуалізаційні дослідження

Для діагностики безсоння не потрібні денні візуалізаційні дослідження; однак, якщо проводять дослідження об'єму ГІТ, виявляють зменшення сірої речовини в лобових частках мозку та зменшення об'єму гіпокампів.

Методи та підходи лікування будуть висвітлені на нашому семінарі «Інсомнія в практиці лікаря», який відбудеться 17 лютого 2023 р.

Джерело інформації:
Insomnia in the Elderly: A Review. *J Clin Sleep Med*. 2018 Jun 15; 14(6): 1017–1024.
Published online 2018 Jun 15. doi: [10.5664/jcsnm.7172](https://doi.org/10.5664/jcsnm.7172)