

# Инсомния в пожилом возрасте.

## Клинический случай



### Пациентка О., 67 лет

#### Жалобы:

- ◆ на нарушение сна («Кручусь и ворочаюсь всю ночь, а заснуть не могу»);
- ◆ ночные пробуждения;
- ◆ ранние утренние пробуждения;
- ◆ подавленность, нежелание вставать по утрам;
- ◆ снижение концентрации внимания;
- ◆ снижение скорости реакции.

Эти симптомы появились около 5 лет назад и, постепенно усугубляясь, привели к значительному снижению качества жизни. Менопауза (последняя менструация) наступила в 51 год, климактерический синдром протекал в легкой форме, поэтому от приема менопаузальной гормональной терапии (МГТ) пациентка отказалась.

Прием препаратов: мелатонин, доксиламин, фенobarбитал, зопиклон, золпидем. Эффективность всех препаратов была минимальной, что вынудило пациентку отказаться от этой медикаментозной терапии.

Учитывая возраст пациентки и нарушения сна, можно предположить климактерический синдром, который может манифестировать и в постменопаузе. Однако в силу возрастных ограничений терапия МГТ ей противопоказана: по существующим рекомендациям МГТ должна быть назначена либо не позже 65 лет (возможен пожизненный прием), либо в течение 10 лет после наступления менопаузы. Если окно терапевтических возможностей пройдено, потенциальные негативные эффекты терапии могут перевесить пользу.

Важно обратить внимание на сопутствующие нарушению сна симптомы: подавленное настроение, ранние утренние пробуждения, нежелание вставать по утрам. Как правило, это типичные симптомы депрессии. Прицельная беседа с пациенткой выявляет еще один характерный симптом: утрату ощущения радости от деятельности, которая раньше приносила удовольствие. А частая смена снотворных без эффекта – явный признак психогенной инсомнии.

Минимальные когнитивные нарушения (негрубый нейродинамический дефицит когнитивных функций) не требуют медикаментозной коррекции. Однако требуется динамическое наблюдение невролога, поскольку жалобы когнитивного характера обычно могут быть связаны не с «нормальными» возрастными изменениями, а с началом нейродегенеративного процесса или ранними стадиями цереброваскулярного заболевания.

Пациентке рекомендованы консультация клинического психолога, а также прием антидепрессанта с седативным действием. Через пару месяцев на повторной консультации она заявила о незначительном улучшении, однако по-прежнему периодически возникало ощущение отсутствия сна в течение всей ночи. В целом пациентка была не удовлетворена терапией и попросила заменить препарат.

#### ВНИМАНИЮ СПЕЦИАЛИСТА!

К таким просьбам следует относиться осторожно: ощущение «я не спала всю ночь» может быть обманчиво и неверно интерпретировано пациенткой. Такой феномен называют агнозией сна: из-за нарушенной структуры сна пациент множество раз просыпается или почти просыпается в течение ночи, что и создает ощущение полного отсутствия сна.

В подобных случаях врач должен изучить возможные причины неглубокого сна: наличие тревоги, плохую организацию режима сна и бодрствования. К сожалению, в таких случаях не стоит рассчитывать на высокую эффективность медикаментозной терапии: она позволяет улучшить ситуацию, но лишь в редких ситуациях возвращает пациенту нормальный сон. Важно помнить, что качество сна отражает образ жизни в целом (ментальная гигиена, подвижность, питание и т.д.), что и стоит корректировать у пациентки.

#### Литература

1. Бурчаков Д.И., Тардов М.В. Инсомния [бессонница]: причины, методы лечения и клинические ситуации. Consilium Medicum. 2020; 22 (2): 75–82. DOI: 10.26442/20751753.2020.2.200101
2. Захаров В.В. Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2012; 2(1): 16–21.