

Wybrane zagadnienia dotyczące oceny i leczenia zaburzeń snu u osób w podeszłym wieku w świetle zaleceń *Evidence Based Medicine*

Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons

Opracowano na podstawie: *J. Am. Geriatr. Soc.* 2009; 57: 761–789

Wstęp

Dolegliwości związane ze snem występują szczególnie często w populacji osób starszych. Współistnienie w tej grupie determinantów o charakterze medycznym, psychosocjalnym oraz częste stosowanie wielu leków wpływa na podłoże zaburzenia, bardziej niż sam proces starzenia się organizmu *per se*.

Zaburzenia snu, często marginalizowane i niediagnozowane wśród pacjentów, charakteryzują się silną dwukierunkową zależnością w linii: nieprawidłowości snu oraz istotne problemy medyczne. Spośród licznych chorób można wymienić: nadciśnienie tętnicze, zaburzenia depresyjne, choroby sercowo-naczyniowe oraz choroby naczyń mózgowych, które istotnie częściej występują u pacjentów zgłaszających nieprawidłowości snu. I odwrotnie, pacjenci obciążeni powyższymi dolegliwościami psychosomatycznymi należą do grupy wyższego ryzyka rozwoju zaburzeń snu.

W badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w grupie Amerykanów powyżej 50. rż. (w tym 43% respondentów \geq 65 rż.) potwierdzono znaczenie problemu: dla 80% osób spośród ankietowanych sen stanowił ważny czynnik, niezbędny ich zdaniem, dla pomyślnego starzenia się organizmu, a 25% zgłosiło „problemy” ze snem.

Istotnym problemem i ograniczeniem dla współczesnej medycyny opartej na faktach jest mała liczba pacjentów w podeszłym wieku uczestniczących w badaniach klinicznych. Mimo niewielu opracowań powstałych na podstawie badań randomizowanych (RCT, *randomized controlled trials*), przeprowadzonych w grupach osób w starszym wieku, autorzy wytycznych ze względu na istotę problemu

oraz możliwość skutecznej interwencji zaproponowali zalecenia opierające się na konsensusie panelu ekspertów.

Ambulatoryjna diagnostyka zaburzeń związanych ze snem

Autorzy zaleceń rekomendują przeprowadzanie wywiadu lekarskiego i/lub krótkiego kwestionariusza dotyczącego snu u wszystkich nowych pacjentów oraz przynajmniej raz na pół roku u pacjentów pozostających pod stałą opieką ambulatoryjną.

Zaleca się, jeśli jest to możliwe, uzupełnienie wywiadu na temat danych uzyskanych od partnera, który towarzyszy pacjentowi w czasie wypoczynku nocnego. W opracowaniu przedstawiono 12 poniższych pytań, które mogą służyć do wstępnej oceny snu pacjenta:

1. O której godzinie zwykle kładzie się Pan/Pani spać? O której godzinie zwykle Pan/Pani wstaje?
2. Czy często ma Pan/Pani kłopoty z zaśnięciem w nocy?
3. Ile razy budzi się Pan/Pani w ciągu nocy?
4. Czy jeśli budzi się Pan/Pani w ciągu nocy, ma Pan/Pani kłopoty z ponownym zaśnięciem?
5. Czy partner, z którym Pan/Pani sypia w łóżku, twierdzi (lub ma Pan/Pani tego świadomość), że Pan/Pani często chrapie, gwałtownie nabiera powietrza lub zatrzymuje oddech w czasie snu?
6. Czy partner, z którym Pan/Pani sypia w łóżku, twierdzi (lub ma Pan/Pani tego świadomość), że Pan/Pani rozkokuje pościel lub rzuca się na łóżku w czasie snu?
7. Czy zdarzyło się kiedyś Panu/Pani chodzić, jeść, szarpać się, kopać lub krzyczeć w czasie snu?

8. Czy jest Pan/Pani śpiący lub zmęczony przez większą część dnia?
9. Czy zwykle drzemie Pan/Pani jeden raz lub więcej w ciągu dnia?
10. Czy zwykle zasypia Pan/Pani w ciągu dnia bez wcześniej zaplanowanej drzemki?
11. Ile snu potrzebuje Pan/Pani, aby czuć się w pełni sił w ciągu dnia?
12. Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś preparaty nasenne?

Bezsenność

Skargi pacjentów związane z bezsennością mogą dotyczyć trudności w inicjacji snu, podtrzymaniu snu, zbyt wczesnego budzenia się w godzinach porannych lub niskiej, niedającej poczucia wypoczynku, jakości snu. Kryterium niezbędnym do rozpoznania bezsenności jest zależność między niską jakością i/lub krótkim czasem trwania snu a dziennym funkcjonowaniem pacjenta.

Ze względu na czynniki etiologiczne bezsenność można podzielić na pierwotną (idiopatyczną) oraz wtórną. Bezsenność wtórna wiąże się z zaburzeniami psychiatrycznymi (np. depresja, lęk, substancje psychoaktywne), chorobami ogólnoustrojowymi (np. choroby sercowo-naczyniowe, zaburzenia neurologiczne, przewlekłe dolegliwości somatyczne) oraz innymi zaburzeniami snu (np. obturacyjny bezdech senny, zespół niespokojnych nóg).

Na podstawie dostępnych badań epidemiologicznych uważa się obecnie, że aż do 42% pacjentów w podeszłym wieku cierpi z powodu bezsenności. Wyższą zapadalność obserwuje się w grupie starszych, bardziej obciążonych chorobowo pacjentów, przyjmujących wiele leków z powodu współistniejących chorób przewlekłych. Bezsenność, występująca wśród chorych w podeszłym wieku, wiąże się z chorobowością i śmiertelnością, które są wyższe w tej grupie. Pacjenci zgłaszający trudności ze snem mają relatywnie, w stosunku do swoich rówieśników, gorszą jakość życia, częstsze objawy depresji i lęku.

Analizując przyczynę bezsenności, należy zwrócić uwagę na stosowane przez chorych leki. Niejednokrotnie pacjenci przyjmują substancje przyczyniające się do wywoływania zaburzeń snu, takie jak: beta-adrenolityki, bronchodilatory, glikokortykosteroidy, leki drażniące górne drogi oddechowe, diuretyki lub stosowane w leczeniu depresji: selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny, nieselektywne inhibitory wychwytu zwrotnego noradrenaliny i serotoniny, które mogą wywoływać lub nasilać objawy bezsenności. Niezbędna jest analiza leków przy-

mowanych bez recepty, szczególnie zawierających pseudoefedrynę, kofeinę oraz nikotynę.

Rozpoczęcie diagnostyki przyczyn bezsenności zaleca się w przypadku pacjentów zgłaszających kłopoty ze snem trwające ponad miesiąc, a których obecność upośledza codzienne funkcjonowanie pacjenta.

Zdaniem ekspertów, terapię bezsenności należy rozpocząć od edukacji pacjenta w zakresie jego przyzwyczajeń oraz higieny snu (edukację powinno się stosować łącznie z innymi metodami niefarmakologicznymi i farmakologicznymi leczenia zaburzeń snu) (tab. 1).

Metody niefarmakologiczne terapii bezsenności

Poniżej krótko scharakteryzowano rekomendowane przez autorów zalecenia dotyczące niefarmakologicznego leczenia zaburzeń snu.

Terapia ograniczenia snu (sleep restriction-sleep compression)

Jest to metoda mająca na celu konsolidację snu przez ograniczenie czasu spędzanego przez pacjenta w łóżku; wymaga ścisłej współpracy w zakresie lekarz-pacjent.

Wariant terapii — *sleep restriction* — polega na zachęcaniu pacjenta do prowadzenia indywidualnego „dzienniczka snu” przez około 2 tygodnie przed rozpoczęciem terapii. Zalecany czas spędzany w łóżku szacuje się na podstawie indywidualnego czasu snu. Na przykład, dla pacjenta, który spędza 8,5 godziny w łóżku, a u którego okres snu wynosi 5,5 godziny, zaleca się ograniczenie czasu spędzanego w łóżku do około 5–6 godzin; czas ten wydłuża się stopniowo o około 15–20 min/5 dni w przypadku osiągnięcia poprawy.

W wariacie terapii — *sleep compression* — zachęca się pacjenta do stopniowego skracania czasu spędzanego w łóżku aż do wyrównania się czasu spędzanego w łóżku i czasu przeznaczonego na sen.

Kontrola bodźcowa

Jest to metoda mająca za zadanie eliminację nieprawidłowych, wyuczonych wzorców i zachowań związanych ze snem oraz przebywaniem w sypialni.

Zdaniem autorów wytycznych, w celu właściwej kontroli bodźcowej pomocne może się okazać:

- zbudowanie indywidualnego rytuału związane go ze snem, na przykład okres 30-minutowej relaksacji przed położeniem się spać lub gorąca kąpiel 90 minut przed nocnym wypoczynkiem;
- stworzenie w sypialni przestrzeni komfortowej i sprzyjającej wypoczynkowi;

Tabela 1. Czynniki i zachowania potencjalnie zaburzające sen
Table 1. The list of behaviors and habits that may impair sleep

Czynniki i zachowania potencjalnie zaburzające sen
Częste drzemki w ciągu dnia
Spędzanie zbyt długiego czasu w łóżku (czasu, który nie jest poświęcony na sen)
Mała aktywność pacjenta w ciągu dnia
Wysiłek fizyczny wykonywany w późnych godzinach popołudniowych
Niedostateczna ekspozycja na jasne światło dzienne
Nadużywanie kofeiny
Spożywanie alkoholu w godzinach późnopołudniowych/wczesnowieczornych
Palenie tytoniu w godzinach późnopołudniowych/wczesnowieczornych
Obfity, późny obiad
Oglądanie telewizji lub angażowanie się w aktywności wpływające na stan emocjonalny pacjenta w godzinach nocnych
Obawa/lęk oraz negatywne nastawienie pacjenta dotyczące jego jakości snu nocnego/trudności w zasypianiu
Zegary w sypialni
Czynniki środowiskowe (np. oświetlenie, temperatura, hałas, zwierzęta w sypialni)

- położenie się do łóżka tylko w przypadku bycia sennym;
- unikanie intensywnego wysiłku fizycznego 2 godziny przed wypoczynkiem nocnym;
- unikanie substancji wpływających na ciągłość snu, takich jak: kofeina, nikotyna, alkohol;
- unikanie wykonywania w sypialni aktywności, które działają na pacjenta pobudzająco emocjonalnie;
- spanie w nocy wyłącznie w sypialni (lub w miejscu zaaranżowanym do nocnego wypoczynku);
- w przypadku trudności z zaśnięciem zaleca się opuszczenie sypialni i powrót w momencie senności;
- utrzymanie stałej godziny zasypiania i porannego wstawania (rekomenduje się utrzymanie niezmięnionej godziny porannej pobudki bez względu na efektywny czas snu);
- unikanie drzemek w ciągu dnia lub ograniczenie ich do drzemek przedpołudniowych nie dłuższych niż 30 minut.

Metody relaksacyjne

Przykładem tych metod może być progresywna relaksacja mięśniowa, polegająca na naprzemiennym napinaniu i rozluźnianiu poszczególnych partii mięśniowych, a także techniki oddychania przeponowego oraz medytacje.

Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (CBT-I, cognitive behavioral therapy for insomnia)

Jest to metoda wysoce efektywna w leczeniu bezsenności we wszystkich podgrupach wiekowych,

obejmująca połączenie metod behawioralnych, kontroli bodźcowej, metody ograniczenia snu, elementy edukacyjne, motywacyjne i relaksacyjne.

Terapia farmakologiczna bezsenności

Autorzy wytycznych zalecają indywidualizację leczenia w zależności od zgłaszanych przez pacjenta skarg. Terapię wszystkimi zalecanymi preparatami powinno się rozpocząć od najmniejszych skutecznych dawek. Spośród dostępnych na rynku leków *The Food and Drug Administration* (FDA) zatwierdziła 10 preparatów, które przedstawiono w tabeli 2.

W dostępnych metaanalizach przedstawiających porównanie leków nasennych z placebo wskazano na poprawę jakości snu, wydłużenie czasu snu, redukcję wybudzeń nocnych w grupie przyjmującej substancję czynną. Opisywane działania niepożądane częściej obserwowano w grupie przyjmującej lek, jednak w większości działania niepożądane były odwracalne i nie spełniały kryteriów ciężkich działań niepożądanych. Przepisując osobie w starszym wieku lek nasenny, należy pamiętać o odmiennej w tym wieku farmakokinetyce i farmakodynamice powszechnie stosowanych preparatów. Nie istnieją opracowania zalecające stosowanie substancji o właściwościach antyhistaminowych, leków przeciwdepresyjnych, leków przeciwpsychotycznych i przeciwpadaczkowych w leczeniu bezsenności.

W leczeniu bezsenności najlepsze wydaje się stosowanie połączenia metod nefarmakologicznych i farmakologicznych (kompilacja obu metod zapewnia

Tabela 2. Leki zatwierdzone przez *The Food and Drug Administration* w leczeniu bezsenności**Table 2.** *Food and Drug Administration* — approved hypnotics for insomnia

Nazwa substancji	Nazwa handlowa	Wskazania	Dawka geriatryczna [mg]	Czas połowicznego rozpadu leku (h)	Komentarz
Benzodiazepiny					
Flurazepam	Dalmane	Krótkotrwałe leczenie bezsenności	15	126–158	Niewskazane w starszym wieku z uwagi na bardzo długi okres półtrwania leku
Kwazepam	Doral		7,5	78	Niewskazane w starszym wieku z uwagi na bardzo długi okres półtrwania leku
Estazolam	Estazolam		0,5–1	10–24	Możliwe rezydualne objawy uboczne ze strony ośrodkowego układu nerwowego z powodu długiego okresu półtrwania leku
Temazepam	Restoril, Signopam*		7,5–15	3,5–18,4	
Triazolam	Halcion		0,0625–0,25	1,7–5	Zły wybór z powodu bardzo krótkiego okresu półtrwania leku i wysokiej częstości objawów ubocznych ze strony OUN
Leki niebenzodiazepinowe					
Eszopiklon	Lunesta	Bez ograniczenia czasowego w stosowaniu; trudności w zasypianiu i podtrzymywaniu snu	1–2	9	Objawy uboczne > 10%: bóle głowy, nieprzyjemny smak w ustach
Zolpidem ER	Ambien CR		6,25	1,9–7,3	Objawy uboczne > 10%: bóle i zawroty głowy, senność
Zolpidem	Ambien, Stilnox*, Hypnogen*, Zolpic*		5	2,9–3,7	Objawy uboczne > 10%: bóle i zawroty głowy, senność
Zaleplon	Sonata, Selofen*		5	1	Objawy uboczne: nudności (7%), mialgie (7%)
Agonista receptora melatoninowego					
Ramelteon	Rozerem	Bez ograniczenia czasowego w stosowaniu; trudności w zasypianiu	8	1–2,6	Objawy uboczne: bóle głowy (7%), senność (5%), zawroty głowy (5%)

Opracowano na podstawie: J. Am. Geriatr. Soc. 2009; 5: 767; *preparaty dostępne w Polsce

szybką poprawę wynikającą z przejściowej farmakoterapii, a następnie utrzymanie efektu dzięki metodom behawioralnym).

Podsumowanie — rekomendacje ekspertów

- Lekarz klinicysta powinien okresowo wykonywać badanie przesiewowe w kierunku obecności zaburzeń snu (poziom wiarygodności zaleceń III A);
- Pogłębiony wywiad lekarski dotyczący dolegliwości związanych ze snem jest niezbędny w celu ustalenia przyczyn i konsekwencji bezsenności. Badanie przedmiotowe jest ważnym elementem oceny pacjentów zgłaszających bezsenność oraz inne dolegliwości somatyczne (III A);
- Terapia poznawczo-behawioralna bezsenności (CBT-I) jest efektywną metodą w leczeniu bezsenności u chorych w podeszłym wieku (I A);
- Leki niebenzodiazepinowe i agoniści receptora melatoninowego są obecnie najbezpieczniej-

mi i najskuteczniejszymi dostępnymi lekami nasennymi (II-I B);

- Wszystkie leki zatwierdzone przez FDA do leczenia bezsenności mogą wywoływać istotne klinicznie działania niepożądane (III A);
- Połączenie CBT-I oraz leczenia farmakologicznego może się okazać skuteczne w przypadku niektórych pacjentów (III A);

Stosowanie leków przeciwhistaminowych, leków przeciwdepresyjnych, przeciwpadaczkowych i przeciwpsychotycznych wiąże się z większym ryzykiem niż korzyścią, wynikającą z ich stosowania w leczeniu bezsenności, szczególnie u chorych w podeszłym wieku (II-III B).

lek. Karolina Piotrowicz

*Katedra Chorób Wewnętrznych i Gerontologii
CM UJ, Kraków*