

РАССТРОЙСТВА СНА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ*

Е.А. Ляшенко¹, О.С. Левин¹, М.Г. Полуэктов²

¹ Кафедра неврологии РМАПО, Центр экстрапирамидных заболеваний, Москва

² Кафедра нервных болезней Института профессионального образования Первого МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва

Адрес для переписки: helendik@mail.ru

Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых людей. Неудовлетворенность сном отмечается у 25 % мужчин и 50 % женщин пожилого возраста. У пожилых людей инсомния часто сопровождается развитием когнитивных нарушений. Более 25 % пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства. В статье описаны основные причины нарушений сна в пожилом возрасте, особенности лечения инсомнии у таких больных.

Ключевые слова: инсомния, пожилой возраст, расстройства сна, когнитивные нарушения, лечение инсомнии, снотворные препараты.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ НАРУШЕНИЙ СНА

Неудовлетворенность сном отмечается у 25 % мужчин и 50 % женщин пожилого возраста. Более 25 % пациентов регулярно или часто употребляют снотворные средства. Нарушение сна выступает одним из факторов в оценке качества жизни пожилых [1]. От бессонницы страдает примерно 30 % людей старше 55 лет [13]. У пожилых людей после 75 лет частота инсомнии удваивается по сравнению с людьми среднего возраста [2].

У пожилых инсомния сопровождается общей слабостью, снижением памяти и удлинением времени реакции, повышается риск падений и развития когнитивных нарушений, а также риск смерти (который повышается в 1,3–3 раза по сравнению с людьми, не страдающими бессонницей) [18]. Нарушения сна приводят также к снижению качества жизни, общего состояния здоровья и увеличению расходов на здравоохранение. С инсомнией связана и проблема злоупотребления снотворными препаратами, существует прямо пропорциональная зависимость между увеличением

возраста и распространенностью нарушений сна, а также приемом снотворных препаратов.

Инсомния часто сопровождается психосоматическими заболеваниями, такими как гипертоническая болезнь, хронический гастрит, бронхиальная астма и сахарный диабет. Во многих исследованиях показано, что коррекция нарушений сна при соматической патологии приводит к улучшению течения основного заболевания и позволяет преодолеть фармакорезистентность. На сегодняшний день накоплено множество данных о влиянии недостаточности сна на продолжительность жизни. В 20-летнем проспективном исследовании было показано, что при продолжительности сна менее 4,5 часов смертность увеличивается на 15 % [7].

В медицинском плане наличие инсомнии сопровождается увеличением риска развития психических нарушений, алкоголизма и лекарственной зависимости. Психические расстройства выявляют у пациентов с инсомнией в 2,5 раза чаще, чем у здоровых людей, а риск развития депрессии повышается в 4 раза. Кроме того, инсомния отягощает течение гипертонической болезни, гастроэзофагиальной рефлюксной болезни, ишемической болезни сердца [1].

В последние десятилетия понимание механизмов сна и их роли в когнитивных процессах, в том числе в процессах памяти, заметно продвинулось вперед. Однако большая часть исследований проводилась на молодых испытуемых. Между тем с возрастом процессы сна претерпевают глубокие физиологические изменения, которые могут оказывать влияние и на когнитивные процессы. Несмотря на важность этой проблемы с научной и социальной точек зрения, исследования, в которых бы рассматривалась фундаментальная взаимосвязь процессов старения, изменения сна и когнитивных функций, остаются крайне немногочисленными.

* Работа выполняется при финансовой поддержке РФНФ, проект «Предикторы когнитивных и аффективных нарушений при болезни Паркинсона» № 14-36-01229 а2.

Одной из важных проблем, связанных со старением, являются изменения циркадных ритмов. Известно, что циркадные ритмы модулируют когнитивную деятельность человека, причем с возрастом может происходить рассогласование в работе этих систем, однако механизм, опосредующий влияние этих изменений на память человека, остается неясным [15].

Во многих исследованиях показано, что обучение перед сном улучшает качество сна и способствует запоминанию, что может быть использовано для разработки тренировочных программ для пожилых пациентов [3, 7].

Кроме того, определенные нарушения сна и памяти у пожилых могут быть ассоциированы с различными заболеваниями [18]. Например, расстройство поведения в фазу сна с быстрыми движениями глаз является предиктором развития когнитивных нарушений, главным образом при болезни Паркинсона и деменции с тельцами Леви [4].

Изучение возрастных изменений структуры сна, его гомеостаза и механизмов влияния сна на когнитивные процессы позволит разработать подход к диагностике и лечению нарушений сна у пожилых людей. Поскольку нарушения сна могут являться ранним маркером развития нейродегенеративных заболеваний, сопровождающихся когнитивным снижением, данная проблема приобретает особую актуальность.

Несмотря на клиническую значимость инсомнии, врачи общей практики редко обращают внимание на жалобы пожилого пациента, касающиеся сна, зачастую списывая их на проявления основного заболевания, в то время как для ее лечения необходим комплексный подход.

ИНСОМНИЯ

Самым распространенным видом нарушения сна у пожилых людей является инсомния. По определению Международной классификации нарушений сна инсомния – это нарушение инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающее при достаточных для нормального сна условиях и сопровождающееся нарушением повседневной деятельности.

Клиническая феноменология инсомнии включает в себя пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства. К пресомтическим расстройствам относятся трудности засыпания. В случае длительного течения заболевания у больных формируются

патологические ритуалы отхода ко сну, а со временем может сформироваться «боязнь постели», которая характеризуется исчезновением желания спать, как только больной видит постель или ложится в нее. Это состояние может сопровождаться навязчивыми мыслями и воспоминаниями, усилением двигательной активности в попытке найти удобную позу.

Интрасомнические расстройства проявляются частыми ночными пробуждениями, после которых пациент долго не может уснуть. У таких больных порог пробуждения резко снижен, в результате поводом может послужить малейший шум, дискомфорт, болевые ощущения и т. д.

К постсомтическим расстройствам относятся ранние утренние пробуждения, снижение работоспособности, ощущение «разбитости», неудовлетворенность ночным сном, дневная сонливость.

Более 20 % больных среднего возраста и 36 % пациентов пожилого возраста предъявляют жалобы на все три вида инсомний, что осложняет процесс подбора терапии [1].

Для определения тактики лечения важно определить форму инсомнии. В этом, помимо сбора анамнеза, может помочь полисомнографическое исследование (ПСГ) и психологическое тестирование.

В Международной классификации расстройств сна (2005) выделено девять форм инсомнии, шесть из которых относятся к первичным и три – к вторичным. Первичные формы составляют лишь 10–25 % всех случаев инсомнии.

Наиболее распространенная форма первичной инсомнии – адаптационная. Она возникает в результате воздействия определенного фактора – шума, изменения окружения (переезд на новое место, госпитализация), стрессовых ситуаций. По мере адаптации к новым условиям выраженность инсомнии постепенно уменьшается. Продолжительность нарушений сна в этом случае не превышает трех месяцев, в противном случае она трансформируется в одну из хронических форм.

Нередкой причиной хронических форм инсомнии является психофизиологическая. Для ее диагностики необходимо наличие нарушения сна в течение не менее месяца. Психофизиологическая инсомния – это расстройство сна, обусловленное соматическим напряжением и формированием препятствующих засыпанию ассоциаций. Невозможность заснуть провоцирует усиление соматического напряжения, которое в свою очередь усугубляет расстройство сна и приводит к еще большему напряжению на следующий день. Постепенно

формируется боязнь постели. Характерной чертой этого расстройства является также существенное улучшение при смене места сна (например, в поездках или гостях).

Нередки жалобы пожилых пациентов на полное или почти полное отсутствие ночного сна в течение длительного времени (месяц и более) при необходимости спать днем и нормальной повседневной активности. Для диагностики данного расстройства требуется проведение полисомнографического исследования, по результатам которого можно объективно оценить продолжительность и качество ночного сна. При несоответствии заявленного времени сна реальному на 50 % и более диагностируют парадоксальную инсомнию. Эта форма инсомнии часто ассоциирована с аффективными расстройствами.

Инсомния при нарушении гигиены сна развивается при наличии поведения, приводящего к возбуждению нервной системы перед сном (употребление кофе, курение, физическая и психическая нагрузка в ночное время), а также нарушению цикла «бодрствование – сон» (нарушение режима дня, яркий свет в спальне).

Выделяют три формы вторичной инсомнии: инсомнию при болезнях внутренних органов, инсомнию при психических расстройствах и инсомнию при приеме лекарственных и других препаратов. Для определения инсомнии как вторичной необходимо установить ее связь с течением основного заболевания (возникновение инсомнии одновременно с основным заболеванием, колебания выраженности инсомнии в соответствии с течением основного заболевания). Однако в большинстве случаев, даже при наличии основного заболевания, с которым можно связать нарушение сна, у больного присутствуют элементы и других форм инсомнии. Например, у больных, перенесших ишемический инсульт, жалобы на нарушения сна возникают в 57 % случаев, но причины могут быть совершенно различны: поражение определенных структур мозга, стресс, изменение обстановки, депрессия, принимаемые лекарственные препараты, наличие обструктивного апноэ сна, нарушение цикла «бодрствование – сон».

В структуре вторичных нарушений сна в позднем возрасте две трети случаев приходится на психические расстройства. Наиболее часто расстройства сна являются симптомом депрессии. При этом даже депрессия легкой и умеренной степени выраженности сопровождаются инсомнией. В части случаев депрессии именно расстройство сна является ведущей жалобой, в то время как собственно депрессивные симптомы выявляются только

при тщательном расспросе. Для депрессии характерны ранние пробуждения с невозможностью вновь уснуть, тревожное беспокойство при ночном пробуждении, тягостное душевное состояние в ранние утренние часы. Именно при депрессии больным свойственно отсутствие чувства сна, нередко формируется патологический страх перед наступлением ночи и бессонницей.

В гериатрической практике важно учитывать возможность ятрогенной, прежде всего лекарственной инсомнии. Нарушения сна могут вызывать следующие препараты:

- антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина либо серотонина и норадреналина, а также ингибиторы MAO типа А);
- психостимуляторы (кофеин, эфедрин);
- альфа-адреномиметики (псевдоэфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин);
- гипотензивные препараты (клонидин, бета-блокаторы);
- гиполипидемические средства (статины, фибраты, холестирамин);
- бронходилататоры (теофиллин, тербуталин);
- противовирусные, антибактериальные, иммуномодулирующие средства (изониазид, пенициллин, интерфероны).

Нарушения сна могут вызвать даже глазные капли, содержащие бета-блокаторы, и капли в нос, имеющие в своем составе симпатомиметики. В связи с побочными эффектами могут возникать нарушения сна при приеме диуретиков, антидиабетических средств (полиурия, гипогликемия и др.).

Выявление основной причины инсомнии, а также уточнение особенностей нарушения сна по основным параметрам (латентный период сна и 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 терапии.

ТЕРАПИЯ ИНСОМНИИ

Лечение инсомнии включает воздействие на основное заболевание, рациональную психотерапию, применение различных методик релаксации. Важно, прежде всего, исключить курабельные причины инсомнии: прием лекарств, злоупотребление алкоголем, кофеином, никотином, синдром беспокойных ног, депрессию, поддающиеся лечению соматические заболевания (тиреотоксикоз, сердечная

недостаточность, синдром обструктивного апноэ сна и др.).

Пациенту нужно объяснить важность правил гигиены сна, которые включают нормализацию режима дня (ложиться и вставать в одно и то же время, не спать в течение дня), регулярные физические упражнения в утренние и дневные часы (но не перед сном), организацию режима питания (не есть за 3–4 часа до сна)

Кроме того, рекомендуется исключить или существенно ограничить употребление кофе, чая и алкоголя во второй половине дня, отказаться от курения. Важное значение имеет само место, где протекает сон. Кровать и подушка должны быть удобными, свет в спальне приглушенным, комнату необходимо поддерживать в чистоте и регулярно проветривать. Кровать необходимо использовать только для сна, нельзя в ней есть, читать и просто «валяться». Если в течение 30–40 минут заснуть не удастся, нужно встать и заняться другими делами до тех пор, пока не появится желание заснуть. Иногда бывает полезным формирование определенного ритуала отхода ко сну (горячая ванна или прогулка перед сном). Во многих случаях помогает методика контролируемого ограничения сна.

При острой (адаптационной) инсомнии чаще всего используют агонисты бензодиазепиновых рецепторов, или так называемые Z-препараты (золпидем, зопиклон, залеплон), а также бензодиазепины с седативным действием (диазепам, клоназепам, феназепам,) и небензодиазепиновые ГАМКергические средства,

Важно учитывать, что с возрастом происходят закономерные физиологические изменения медиаторных систем головного мозга, что создает проблему взаимодействия снотворных препаратов и мозга пожилого человека. Без проведения ПСГ бывает сложно отличить у пожилых нарушения сна от естественных изменений цикла «бодрствование – сон», поэтому у этой категории больных стоит воздержаться от необдуманного назначения снотворных и прибегать к ним только в относительно тяжелых случаях при наличии показаний.

При хронической инсомнии снотворные (бензодиазепины, Z-препараты), как правило, должны назначаться короткими курсами (не более 4 недель). Длительный прием бензодиазепинов со временем может приводить к развитию толерантности, лекарственной зависимости и большому количеству побочных эффектов, особенно у пожилых пациентов. Учитывая большое количество препаратов, принимаемых пожилыми больными в связи с многообразной соматической патологией, возникает

проблема лекарственного взаимодействия бензодиазепинов с другими препаратами. К эффектам такого взаимодействия относятся усиление гипотензивного эффекта клонидина и ингибиторов АПФ, угнетение ЦНС (при сочетании с блокаторами кальциевых каналов, циметидином, омепразолом концентрация бензодиазепина может расти. При приеме бензодиазепинов отмечается также увеличение концентрации сердечных гликозидов в сыворотке, а при комбинации с варфарином происходит повышение протромбинового времени. Возможно и усиление гипогликемического эффекта при одновременном применении с антидиабетическими препаратами.

При применении бензодиазепинов у пожилых более распространены такие побочные эффекты, как снижение памяти, внимания, скорости реакции, дневная сонливость, головокружение, атаксия и сухость во рту. В связи с этим ни один из бензодиазепиновых препаратов не рекомендован для лечения хронической инсомнии у пожилых.

Z-препараты, несмотря на более короткий период полувыведения по сравнению с бензодиазепинами, также имеют побочные эффекты, связанные с нарушением когнитивных и постуральных функций. В частности, показано, что золпидем вызывает ухудшение устойчивости, что может приводить к падениям и особенно опасно для пожилых пациентов [16]. Наряду с риском зависимости, такие препараты, как золпидем и зопиклон, могут вызывать остаточный седативный эффект, непривычное поведение в ночное время, а также провоцировать заметный эффект рикошета бессонницы. Более того, золпидем, как и другие классические снотворные, может нарушать процессы консолидации памяти во время сна [18].

При подозрении на синдром обструктивного апноэ сна (громкий храп, задержки дыхания во сне) нежелательно использовать снотворные с ГАМКергическим действием, так как они влияют на чувствительность дыхательного центра и могут нарушать активность мышц верхних дыхательных путей. У пациентов, жалующихся на неудовлетворенность ночным сном, и с объективной продолжительностью сна (по данным ПСГ) более 6 часов назначение снотворных препаратов нецелесообразно. У людей, длительно принимающих снотворные препараты (особенно бензодиазепины), положительный эффект дает проведение «лекарственных каникул». Еще одним немаловажным принципом терапии инсомнии у пожилых является применение снотворных препаратов «по потребности», что позволяет избежать привыкания,

развития лекарственной зависимости и синдрома отмены.

К препаратам со снотворным действием относятся также блокаторы центральных гистаминовых H_1 -рецепторов (дифенилгидрамин, доксиламин) [14]. Но антигистаминные препараты первого поколения могут оказывать неблагоприятное влияние на когнитивные и психомоторные функции, в связи с чем рекомендуется избегать назначения данных препаратов пациентам старше 65 лет [20].

Часто для лечения острой инсомнии используют настои лекарственных трав и гомеопатические препараты, однако эффективность и безопасность их применения не доказаны. Для лечения инсомний, ассоциированных с депрессивными и тревожными расстройствами, рекомендуют применение антидепрессантов с седативным действием (тразодон, amitриптилин, миансерин, миртазапин).

В последнее десятилетие возникла новая волна интереса к препаратам мелатонина как средству для лечения инсомнии. Их использование у пожилых больных представляется особенно перспективным в связи с наличием естественного возрастного снижения содержания этого гормона в организме [17]. Существует выраженная корреляция между возрастным снижением эндогенного мелатонина и увеличением частоты распространенности инсомнии в общей популяции, подтвержденная в когортных исследованиях [10].

Новые возможности мелатонина связаны с появлением препаратов с замедленным высвобождением, обеспечивающих действие мелатонина в течение ночи. В 2010 г. в России зарегистрирован первый препарат мелатонина пролонгированного действия с торговым названием «Циркадин». Ранее он был разрешен для лечения первичной инсомнии у пациентов старше 55 лет в Европе в 2007 г. Циркадин является синтетическим аналогом эндогенного гормона эпифиза человека. После приема пролонгированного мелатонина пиковая концентрация в плазме крови достигается в среднем через 2,5 часа и сохраняется в течение 3,5–4 часов, обеспечивая необходимую концентрацию в течение ночи. Циркадин в настоящее время является единственным снотворным препаратом, который можно принимать более трех месяцев, не опасаясь толерантности, лекарственной зависимости или синдрома отмены [21].

В рандомизированных двойных слепых исследованиях было показано, что у пациентов на фоне приема Циркадина достоверно повышается субъективная оценка качества сна, уменьшается латентный период наступления сна, улучшается утренняя работоспособ-

ность, архитектура сна не подвергается значимым изменениям [9, 19]. Степень снижения латентного периода сна при приеме Циркадина сопоставима с полученными значениями для рекомендованных доз золпидема и залеплона [12].

Значимых различий между Циркадином и плацебо по спектру и частоте побочных явлений в вышеперечисленных исследованиях не выявлено. В исследовании с участием волонтеров среднего и пожилого возраста психомоторные функции, навыки вождения, память при приеме Циркадина не нарушались. У пациентов с ночной артериальной гипертензией, получавших стандартную антигипертензивную терапию, было показано достоверное снижение систолического и диастолического ночного АД [6].

В соответствии с рекомендациями Британской ассоциации психофармакологов, препарат мелатонина с замедленным высвобождением (Циркадин) является препаратом первой линии для лечения первичной инсомнии у пациентов старше 55 лет [20].

Подводя итог, необходимо подчеркнуть, что лечение инсомнии у пожилых имеет важное значение и требует комплексного подхода. В первую очередь оно должно быть направлено на лечение основного заболевания и неспецифические методы коррекции: соблюдение гигиены сна, исключение препаратов, провоцирующих бессонницу, проведение когнитивно-поведенческой терапии, использование растительных препаратов.

При неэффективности этих средств вопрос о назначении снотворных препаратов стоит решать в соответствии с феноменологией, длительностью и этиологией инсомнии, учитывая наличие сопутствующих заболеваний и риск побочных эффектов.

Литература

1. Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Инсомния / Сомнология и медицина сна. Избранные лекции / под ред. Я. И. Левина и М. Г. Полуэктова. – М.: Медфорум-альфа, 2013. – С. 192–220.
2. Ancoli-Israel S, Ayalon L. Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14: 95–103.
3. Conte F., Carobbi G., Errico B. M., and Ficca G. The effects of pre-sleep learning on sleep continuity, stability, and organization in elderly individuals // *Front. Neurol.*, 2012, 3: 109.
4. Gagnon J. F., Bertrand J. A., and Génier Marchand D. Cognition in rapid eye movement sleep behavior disorder // *Front. Neurol.*, 2012, 3: 82.

5. Garfinkel D., Laudon M., Zisapel N. Improvement of sleep quality by controlled-release melatonin in benzodiazepine-treated elderly insomnias // *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 1997, Vol. 24, № 2, P. 223–231.
6. Grossman E., Ludon M., Zisapel N. Effect of melatonin on nocturnal blood pressure: meta-analysis of randomized controlled trials // *Vask. Health Risk Manag.*, 2011, Vol. 7, P. 577–584.
7. Harand C., Bertran F., Doidy F., Guérolé F., Desgranges B., Eustache F., et al. How aging affects sleep-dependent memory consolidation? // *Front. Neurol.* 2012, 3: 8.
8. Kripke DF, Garfinkel L, Wingard DL, Klauber MR, Marler MR. Mortality associated with sleep duration and insomnia // *Arch Gen Psychiatry*, 2002 Feb; 59 (2): 131–6.
9. Luthringer R., Muzet M., Zisapel N., Staner L. The effect of prolonged-release melatonin on sleep measures and psychomotor performance in elderly patients with insomnia // *Int. Clin. Psychopharmacol*, 2009, Vol. 24, № 5, P. 239–249.
10. Morin CM, LeBlanc M, Daley M, Gregoire JP, Mérette C. Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors // *Sleep Med*, 2006 Mar; 7 (2): 123–30. Epub 2006 Feb 3.
11. Otmani S., Demazieres A., Staner C., et al. Effect of prolonged-release melatonin, zolpidem, and their combination on psychomotor functions, memory recall, and driving skills in healthy middle aged and elderly volunteers // *Hum. Psychopharmacol*, 2008, Vol. 23, № 8, P. 693–705.
12. Paul M.A., Gray G., MacLellan M., Pigeau R.A. Sleep-inducing pharmaceuticals: a comparison of melatonin, zaleplon, zopiclon and temazepam // *Aviat, Space Environ. Med.*, 2004, Vol. 75, № 6, P. 512–519.
13. Roth T. Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences // *J Clin Sleep Med.*, 2007; 3(Suppl 5): S7–10.
14. Schadeck B., Chelly M., Amsellem D., et al. Comparative efficacy of doxylamine and zolpidem for the treatment of common insomnia // *Sep. Hop. Paris*, 1996, Vol 72, № 13–14, P. 428–439.
15. Schmidt, C., Peigneux, P., and Cajochen, C. Age-related changes in sleep and circadian rhythms: impact on cognitive performance and underlying neuroanatomical networks // *Front. Neurol.*, 2012, 3: 118.
16. Sforza E., and Roche F. Sleep apnea syndrome and cognition // *Front. Neurol.*, 2012, 3: 87.
17. Sharma M, Palacios-Bois J, Schwartz G, Iskandar H, Thakur M, Quirion R, Nair NP. Circadian rhythms of melatonin and cortisol in aging // *Biol Psychiatry*, 1989, Feb 1; 25(3): 305–19.
18. Stone KL, Ewing SK, Ancoli-Israel S, Ensrud KE, Redline S, Bauer DC, et al. Self-reported sleep and nap habits and risk of mortality in a large cohort of older women // *J Am Geriatr Soc.*, 2009; 57: 604–11.
19. Wade AG, Ford I., Crawford G et al. Efficacy of prolonged release melatonin in insomnia patients aged 55–80 years: quality of sleep and next-day alertness outcomes // *Curr. Med. Res. Opin.*, 2007, Vol. 23, № 10, P. 2597–2605.
20. Wilson et al. British Association for Psychopharmacology consensus statement on evidence-based treatment of insomnia, parasomnias and circadian rhythm disorders // *Journal of Psychopharmacology*, 2010, P. 1–25.
21. Инструкция по медицинскому применению препарата Циркадин (№ ЛСР-002400/10 от 24.03.2010).

Sleep and cognitive disorders in elderly people

*E.A. Lyashenko¹, O.S. Levin¹,
M.G. Poluektov²*

¹ *Neurology Department of Russian Medical Academy of Postgraduate Education*

² *I.M. Sechenov First Moscow State Medical University*

Contacts: helendik@mail.ru

Sleep disorders are one of the most important factors in the quality of life assessment in elderly people. The dissatisfaction with sleep is noted at 25 % of men and 50 % of women of advanced age. In elderly insomnia often accompanied by the development of cognitive impairment. More than 25 % of patients regularly or often use sleeping medicines. In this article the authors reviewed the main causes of insomnia at advanced age, the treatment of insomnia in this age group.

Keywords: insomnia, elderly, sleep disorder, cognitive disorders treatment of insomnias, sleep medications.