

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ИНСОМНИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

О. Шавловская, доктор медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: shavlovskaya@mma.ru

В статье даны критерии инсомнии для лиц пожилого возраста, приведены данные о возрастном составе населения России. Уделено внимание принципам фармакотерапии лиц старших возрастных групп. Приведены данные о распространенности нарушений сна (инсомнии) и преимуществах их терапии Донормилом, который не изменяет структуру сна, не имеет синдрома отмены и отрицательного влияния на память, когнитивные функции, скорость реакций, что особенно важно для гериатрической практики.

Ключевые слова: пожилой возраст, инсомния, Донормил.

Новые демографические тенденции сегодня приобретают особую актуальность в гериатрической практике. Во второй половине XX века значительно изменился возрастной состав населения. Улучшение социально-экономических условий и качества медицинской помощи в индустриально развитых странах привело к существенному увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Результатом этого стало значительное увеличение численности лиц пожилого и старческого возраста [18].

Согласно критериям ВОЗ, людей 60–74 лет принято считать пожилыми, 75 лет и старше — лицами старческого возраста, а старше 90 лет — долгожителями. По данным эпидемиологических исследований, на 2000 г. в мире было около 590–685 млн человек старше 65 лет. В 2005 г. лица старше 65 лет составляли 19–20% населения Москвы и Московской области, т.е. каждый 5-й москвич — пожилой человек [18].

В последние годы в России отмечаются отрицательные тенденции показателей здоровья населения и прежде всего — вследствие ухудшения демографической ситуации (показатели смертности превышают показатели рождаемости в 1,4 раза). В результате численность населения сокращается (с одновременным ростом количества пожилых людей). Сейчас в России проживают 46 772 524 человека пожилого возраста [13]. В странах Европы наиболее быстро возрастает численность престарелых людей, которым за 80 [4, 17].

Через 3 десятилетия 1/3 жителей развитых стран будет старше 60 лет, а весь мир достигнет этой пропорции к 2150 г. С одной стороны, долголетие — одно из завоеваний уходящего столетия, а с другой — постарение населения и сокращение рождаемости в развитых странах представляет собой острую социальную проблему [4, 17]. Так, на 1 больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 1,7 до 3,6 заболеваний (в то время как у лиц 70 лет и старше — 5–7 заболеваний). При этом чаще всего наблюдается сочетание заболеваний, которым сопутствуют нарушения сна [13, 15]. Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, их испытывают от 25 до 48% людей старше 65 лет [20].

Практически все пожилые люди в той или иной степени жалуются на плохой сон, или инсомнию. Согласно МКБ-10, инсомния — повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, возникающие, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и проявляющиеся разными нарушениями дневной деятельности [1, 8, 9, 12]. Нередко плохой сон (ранние пробуждения), наряду с другими соматическими жалобами, такими, как изменение аппетита и массы тела (снижение), астения, нарушения сердечного ритма, головокружения, тошнота, запоры, изжога может быть у пожилых людей маской соматизированной депрессии [3, 18]. В условиях полиморбидности патологии у пожилых, когда одна патология накладывается на другую, усугубляя и утяжеляя ее проявления, лечить нарушения сна весьма непросто. Зачастую врачи не лечат инсомнию, чтобы избежать полипрагмазии и ятрогенной патологии [15].

Нарушения сна у пожилых имеют мультифакторную природу: медицинские, психологические, социальные факторы сочетаются на фоне органической мозговой дисфункции. К первичным нарушениям сна у пожилых относят синдром апноэ во сне, синдром беспокойных ног и ночной миоклонус. Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, психическими расстройствами, неврологическими нарушениями; 2/3 всех вторичных нарушений сна у пожилых вызвано психическими нарушениями, из которых чаще всего отмечается депрессия. Именно для депрессивных больных характерен навязчивый страх перед наступлением ночи, «страх постели». Инсомниям на фоне депрессии наиболее свойственны постсомнические нарушения. Безусловно, частой причиной нарушений сна у пожилых пациентов является снижение физической активности во время бодрствования в силу ограничения жизнедеятельности [7, 9, 14].

Основные проявления нарушений сна у пожилых — упорные жалобы на бессонницу, постоянные трудности засыпания [14]; поверхностный и прерывистый сон; наличие ярких, множественных сновидений, нередко — тягостного содержания; ранние пробуждения; ощущение тревожного беспокойства при пробуждениях; трудность засыпания или невозможность уснуть вновь; отсутствие ощущения отдыха после сна.

В лечении инсомнии используют как нелекарственные (соблюдение гигиены сна, психотерапия, физиотерапия, фототерапия, энцефалофония), так и лекарственные методы. При этом очень важно соблюдение гигиены сна, которая предусматривает отход ко сну и вставание в одно и то же время; исключение дневного сна (особенно — во второй половине дня); отказ от приема на ночь чая или кофе; уменьшение выраженности стрессовых ситуаций; снижение умственной нагрузки (особенно в вечернее время); организацию физической нагрузки в вечернее время (но не позже, чем за 3 ч до сна); регулярный прием водных процедур перед сном.

Основными принципами медикаментозной терапии являются назначение низких эффективных доз, выбор препарата с оптимальными фармакокинетическими свойствами, прерывистая терапия (2–3 раза в неделю), кратковременное применение лекарственных препаратов (3–4 нед) и постепенная отмена гипнотиков [12].

Терапия инсомнии у лиц пожилого возраста имеет ряд особенностей, о которых не следует забывать, назначая фармпрепарат. В первую очередь это обусловлено особенностями фармакокинетики в пожилом возрасте, которые под-

робно описаны в главе «Побочные реакции у лиц пожилого и старческого возраста» руководства «Осложнения фармакотерапии» [6]. Так, в пожилом возрасте замедлен метаболизм, и стандартная доза препарата может создать его высокую концентрацию в организме. Следует также учитывать, что частота сопутствующих соматических заболеваний и, соответственно, прием ряда лекарственных средств (ЛС) увеличивает риск лекарственных взаимодействий, неблагоприятных последствий в виде побочных эффектов. Снижение почечной и печеночной функций ведет к увеличению риска аккумуляции препаратов. Кроме того, длительное достижение постоянного уровня препарата в крови обеспечивает неполный клинический эффект. У пожилых больных на 10–15% снижено содержание общей и эффективной концентрации альбуминов в крови. Изменено соотношение связывающегося с ними и свободного препарата в пользу последнего. Таким образом, при назначении фармпрепарата, особенно связывающегося с альбуминами крови на 85–90% и более, необходимо коррекционное снижение дозы ЛС.

У пожилых людей снижены мышечная масса, общее и процентное содержание воды в организме, объем плазмы, концентрация альбуминов и содержание жировой ткани. Это ведет к уменьшению объема распределения водо- и жирорастворимых веществ. К тому же у лиц данной возрастной категории снижен минутный объем крови. После 45–60 лет процесс биотрансформации ЛС в печени замедлен, а в возрасте 60–80 лет в 2 раза падает кровоток в печени, снижается ее способность восстанавливаться после разного рода повреждений. Кроме того, с возрастом уменьшается скорость почечной экскреции ЛС, а выведение летучих препаратов уменьшается из-за снижения легочной вентиляции. Учитывая все возрастные изменения, неполноценность процессов биотрансформации препаратов в печени, снижение выделительной функции почек, легких, начальные дозы назначаемых препаратов следует уменьшить на 25–50% [6, 8].

В настоящее время арсенал гипнотиков представлен барбитуратами, паральдегидом, хлоралгидратом, производными этаноламина, бензодиазепинами и небензодиазепиновыми гипнотиками (производные циклопирролонов и имидазопиридина). Врачи отдают предпочтение зопиклону, золпидему, доксиламину (Донормил). Курс лечения инсомнии – в среднем 10–21 день. Желательно регулярно (каждый вечер) принимать снотворное средство, нерегулярный прием препаратов – порочная практика. Только регулярный прием ЛС курсом позволяет надеяться на то, что нормальный сон будет налажен и в дальнейшем не придется использовать снотворные средства. После курсового лечения при необходимости можно продолжить лечение снотворными, иногда используя прерывистую терапию [15].

При инсомнии у лиц пожилого возраста широко применяется Донормил (доксиламин) – антагонист H_1 -рецепторов [5, 19]. Особенность действия Донормила – отсутствие прямого влияния на сомногенные структуры; его воздействие осуществляется на уровне систем бодрствования путем угнетения их активности. Принципиально другой механизм снотворного действия, нежели у традиционных гипнотиков, дает возможность его использовать при смене одного препарата на другой, при уменьшении доз привычных гипнотиков, а также при необходимости отмены снотворных [8, 10–12]. Побочные эффекты отмечаются лишь при применении Донормила в высоких дозах; в этих случаях возможны сонливость в дневное время, сухость

во рту, реж – нарушения аккомодации и запоры. Препарат противопоказан при глаукоме, в возрасте до 15 лет, повышенной чувствительности к препарату, в период кормления грудью, при гиперплазии предстательной железы с задержкой мочи [2, 5, 16].

Сравнение эффективности Донормила и гипнотиков других групп (Левин Я. и соавт., 2008) показало: Донормил по эффективности сравним с бензодиазепинами [11, 19]. Однако при применении Донормила не выявлено таких побочных эффектов, характерных для бензодиазепинов, как развитие зависимости, синдрома отмены, возможное усиление проявлений синдрома апноэ во сне. Кроме того, у больных пожилого возраста при лечении бензодиазепинами дополнительно могут наблюдаться: чрезмерная седация; миорелаксация; нарушения равновесия (падения); расстройства концентрации внимания; усугубление дисмнестических расстройств и лекарственные взаимодействия (усиление гипотензивного эффекта препаратов; угнетающее воздействие на ЦНС при сочетанном применении с β -блокаторами; увеличение концентрации сердечных гликозидов в сыворотке крови; усиление гипогликемического эффекта при сочетании с антидиабетическими препаратами и др.).

При сравнении эффективности и переносимости Донормила, золпидема и плацебо в лечении инсомнии (Ковров Г. и соавт., 2008) доказаны безусловное преимущество Донормила перед плацебо, а также сопоставимая эффективность Донормила и золпидема в отношении симптомов инсомнии [10]. В отличие от золпидема у Донормила отсутствовал синдром отмены. В другом исследовании сравнивали эффективность и переносимость Донормила и залеплона (Маркин С. и соавт., 2008) [12, 13]. Применение Донормила и залеплона способствовало быстрому засыпанию. Однако при использовании залеплона отмечались эпизоды пробуждения (вследствие короткого периода полувыведения), что требовало повторного приема препарата. В отличие от Донормила залеплон в ряде случаев вызывал развитие физической зависимости с симптомами отмены даже при применении в терапевтических дозах.

Изучалась эффективность Донормила у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями (дисциркуляторная энцефалопатия – ДЭП), страдающих инсомнией [20]; 85% больных ДЭП из 426 обследованных жаловались на расстройства качества и продолжительности ночного сна. Пациентам в возрасте до 60 лет (73,3%) Донормил назначали в дозе 15 мг (1 таблетка), старше 60 лет (26,7%) – 7,5 мг (1/2 таблетки) за 15 мин до сна в течение 10 дней. В ходе исследования достигнуто достоверное улучшение показателей качества сна: сократилось время засыпания; уменьшилось количество тревожных сновидений и ночных пробуждений; отсутствовали сонливость и общая слабость в утренние часы. Общая продолжительность сна после лечения приблизилась к физиологическим показателям, чему соответствовало повышение суммарной оценки в баллах на 49,6%. Нежелательных явлений во время приема Донормила не выявлено. Таким образом, определены высокая эффективность Донормила при расстройствах сна и его хорошая переносимость, что позволяет рекомендовать Донормил для коррекции хронической диссомнии у больных ДЭП.

В другом исследовании назначали Донормил при нарушении сна лицам пожилого возраста (включая пациентов с нарушением когнитивных функций). Пациенты принимали Донормил в дозе 15 мг (1 таблетка) за 15–30 мин до сна на

протяжении 14 дней [13]. Согласно данным анализа результатов, применение Донормила способствовало достоверному улучшению сна (по всем параметрам) у всех пациентов. Так, суммарная оценка качества сна составила $25,2 \pm 0,14$ балла по сравнению с исходной $11,2 \pm 0,16$ балла. У больных с нарушением когнитивных функций не было отмечено ухудшения состояния. Кроме того, нормализация сна способствовала улучшению показателя внимания, что подтверждалось результатами пробы Шульце.

В ряде исследований отмечена высокая эффективность Донормила в терапии больных с инсомническими расстройствами с грубой дезорганизацией сна. Оптимальный режим дозирования Донормила у них – 7,5–15 мг, в ряде случаев – до 30 мг/сут за 15 мин до сна; длительность курса – до 14–15 дней. Доказаны безопасность препарата и его хорошая переносимость.

Таким образом, применение Донормила (доксиламина сукцината) у лиц пожилого возраста имеет ряд преимуществ. Донормил не только действует как снотворное средство, но и дает успокаивающий эффект. Донормил не изменяет структуру сна [21]; не выявлено на фоне его приема признаков апноэ во сне и синдрома отмены [5]. Не обнаружено его отрицательного влияния на память, когнитивные функции, скорость реакций. По эффективности доксиламина сукцинат сравним с золпидемом. Препарат эффективен как при острой, так и при хронической инсомнии, что важно для гериатрической практики. Отмечено выраженное терапевтическое действие Донормила на больных с грубой дезорганизацией сна. Важное достоинство Доксиламина при применении в гериатрической практике – то, что период его полувыведения составляет в среднем 10 ч. Это оптимально для лечения инсомний с преобладанием постсомнических нарушений, десинхронизацией фаз сна, характерных для пожилых пациентов. Назначение препарата позволяет избежать «рикошетной инсомнии», так как его концентрация снижается медленнее, чем у короткоживущих препаратов [15].

Литература

1. Александровский Ю.А., Вейн А.М. Расстройство сна / СПб.: МИА. 1995; 160 с.
2. Вейн А.М. Отчет об исследовании Донормила у больных инсомнией. М.: Центр сомнологических исследований, 1997.
3. Вейн А.М., Вознесенская Т.Г., Голубев В.Л. и др. Депрессия в неврологической практике (клиника, диагностика, лечение) / М.: МИА. – 2002; 160 с.
4. Гонтмахер Е.М. Проблема старения населения в России // Мировая экономика и международные отношения. – 2012; 1: 22–9.
5. Донормил: инструкция по применению. URL: http://www.rlsnet.ru/tn_index_id_1356.htm
6. Зборовский А.Б., Тюренков И.Н. Побочные реакции у лиц пожилого и старческого возраста / Осложнения фармакотерапии / М.: Медицина, 2003; 544 с.
7. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование) // Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2001; 39 с.
8. Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон у человека / М.: Нейромедиа, 2004; 96 с.
9. Ковров Г.В., Воробьева О.В. Нарушение сна: от жалобы к диагностике и лечению // РМЖ. – 2006; 14 (6): 439–44.
10. Ковров Г.В., Мачулина А.И., Любшина О.В. Перспективы применения Донормила в лечении инсомнии // РМЖ. – 2007; 24: 1788–94.
11. Левин Я.И., Стрыгин К.Н. Донормил в терапии инсомнии // Лечение нервных болезней. – 2005; 6 (2, 16): 18–21.
12. Маркин С.П. Диагностика и лечение расстройств сна // Лечащий врач. – 2010; 4: 133–7.
13. Маркин С.П. Расстройство сна у пациентов пожилого возраста // Справочник поликлинического врача. – 2011; 5: 13–7.
14. Михайлова Н.М. Нарушения сна в пожилом и старческом возрасте. Клинические рекомендации по лечению // РМЖ. – 2003; 8: 1610–4.
15. Соколова Л.П., Кислый Н.Д. Нарушения сна у пожилых: особенности терапии // Справочник поликлинического врача. – 2007; 5 (1): 133–7.
16. Смулевич А.Б., Павлова Л.К., Железнова М.В. Применение препарата Донормил при лечении нарушений сна средней и легкой степени выраженности // РМЖ. – 2006; 14 (23): 1714–9.
17. Статистические данные по лицам пожилого возраста в России и в мире. http://lenta.ru/russia/1999/10/01/old-day/stats.htm_Printed.htm
18. Шавловская О.А. Терапия депрессии у лиц пожилого возраста // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006; 1: 21–6.
19. Шавловская О.А. Применение препарата Донормил (доксиламин) в клинической практике // РМЖ. – 2011; 9 (30): 1877–84.
20. Шавловская О.А. Терапия нарушений сна у больных с цереброваскулярными заболеваниями // Лечащий врач. – 2012; 5: 8–10.
21. Hausser-Hauw C., Fleury B., Scheck F. et al. Влияние однократного приема 15 мг доксиламина на структуру сна и эффект последствия у здоровых добровольцев // Sem. Hop. Paris. – 1995; 71 (23–24): 742–50.

SPECIFIC FEATURES OF THERAPY FOR INSOMNIA IN THE ELDERLY

O. Shavlovskaya, MD

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University

The paper gives criteria for the elderly and data on the age structure of Russia's population. Attention is centered on the principles of pharmacotherapy in persons from old age groups. There is evidence for the prevalence of sleep disorders (insomnia) and on the benefits of their therapy with Donormil that does not change the sleep pattern, cause withdrawal syndrome, or have a negative effect on memory, cognitive functions, reaction rates, which is of particular value for geriatric practice.

Key words: elderly age, insomnia, Donormil.