



## Актуальные вопросы психиатрии пожилого возраста

### Риск падений, связанный с небензодиазепиновыми снотворными

Сравнительно новый класс небензодиазепиновых снотворных средств, так называемые Z-препараты (золпидем, залеплон и эзопиклон) часто позиционируются как более безопасная альтернатива бензодиазепинам в лечении расстройств сна. Это обусловлено тем, что препараты имеют короткий период полужизни и сохраняют нормальную архитектуру сна. Однако доступно недостаточно данных относительно их безопасности у пациентов пожилого возраста, в частности, насколько их использование связано с риском падений и переломов. В исследованиях, проведенных среди пациентов и здоровых лиц молодого возраста, указывалось, что в первые часы после приема этих снотворных средств может возникать ухудшение когнитивных и моторных функций. Для определения риска падений и переломов у лиц пожилого возраста группа американских исследователей Diem et al. изучила большую выборку пациентов мужского пола ( $n = 4450$ ) в возрасте старше 71 года. Данное исследование проводилось в рамках программы по изучению остеопороза у мужчин, его результаты были недавно опубликованы в *Journal of Gerontology and Geriatric Research* (2014; 3 (3): 158).

На протяжении катамнестического наблюдения (средняя продолжительность – 3,4 года) участники трижды проходили обследования, включавшие оценку психического и соматического состояния, в том числе наличия расстройств сна, определение повседневной активности и нейропсихологические тесты. Каждые четыре месяца пациенты заполняли анкету, в которой указывали принимаемые ими медикаменты, а также побочные действия препаратов, включая падения. За время исследования 94 человека сообщили о приеме небензодиазепиновых

снотворных и 177 – бензодиазепинов. У мужчин, принимавших седативные и снотворные средства, отмечалось худшее состояние здоровья и более значительное снижение повседневной активности. Респонденты при приеме Z-препаратов по сравнению с теми, кто принимал бензодиазепины, имели более высокий уровень образования и лучшие показатели по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE). Статистический анализ выявил, что использование небензодиазепиновых гипнотиков ассоциировалось с повышением риска падений (относительный риск [ОР] 1,44; 95% доверительный интервал [ДИ] 1,15-1,86), причем в подгруппе пациентов, ранее не принимавших снотворных, этот показатель был еще выше (ОР 1,74; 95% ДИ 1,13-2,86). ОР повторных падений составил 1,51 (95% ДИ 1,07-2,14). Прием бензодиазепинов также был связан с увеличением вероятности падений (ОР 1,35; 95% ДИ 1,12-1,61) и повторных падений (ОР 1,40; 95% ДИ 1,06-1,85). Следует отметить, что прием диазепинов не приводил к возрастанию риска падений и повторных падений у тех участников, которые до начала исследования принимали бензодиазепины (ОР 1,09; 95% ДИ 0,90-1,33 и ОР 1,08; 95% ДИ 0,79-1,47 соответственно).

Важен тот факт, что сопоставимое повышение риска падений вследствие применения снотворных препаратов обоих классов может объясняться тем, что их эффект реализуется путем взаимодействия с ГАМК-рецепторами. На это также косвенно может указывать схожий профиль побочных действий на ЦНС, таких как головокружение, слабость, ухудшение когнитивных и моторных функций, ортостатическая гипотензия и атаксия. Обращает на себя внимание различие риска падений в зависимости от истории падений в прошлом. Авторы публикации считают, что падения в прошлом могли

обусловить меньший риск их возникновения при повторном назначении гипнотиков. В выводах исследования указывается, что в клинических испытаниях риск падений не всегда учитывался в качестве важного побочного явления снотворных средств, с другой стороны, при лечении нарушений сна у пожилых следует также широко использовать наиболее безопасный подход – нефармакологические вмешательства.

### **Распространенность психических расстройств среди пожилых в США**

На протяжении последних лет в литературе активно обсуждается вопрос о том, как демографическая ситуация, а именно увеличение продолжительности жизни и старение населения, особенно в развитых странах, влияет на картину распространенности психических расстройств. Так, высказываются диаметрально противоположные гипотезы. Одни эксперты предполагают, что распространенность психических заболеваний (за исключением деменции) в различных возрастных группах будет иметь вид параболы, то есть эти расстройства будут преобладать среди лиц молодого и пожилого возраста. Другие считают, что кривая распространенности будет иметь вид перевернутой параболы, и депрессивные, тревожные расстройства и нарушения, вызванные употреблением психоактивных веществ, будут чаще встречаться среди лиц среднего возраста. Однако следует отметить, что в основе этих предположений лежат данные эпидемиологических исследований, в которых не всегда в достаточной мере были представлены лица пожилого возраста, а из распространенных расстройств в основном изучалась депрессия. В журнале *World Psychiatry* опубликованы результаты эпидемиологического исследования Reynolds et al. о распространенности широкого спектра психических расстройств в крупной выборке лиц пожилого возраста (2015; 14 (1): 74-81).

В основу статьи легли данные крупного эпидемиологического исследования NESARC, которое проводилось в два этапа с применением интервьюирования респондентов дважды с интервалом в три года. Вторым этапом включал 34 655 человек, среди которых было 12 312 пациентов старше 55 лет. Это позволило проанализировать распространенность и корреляты психических расстройств, а также сравнить их в разных возрастных группах пожилых людей (55-64, 65-74, 75-84 года и старше 85 лет). В качестве референтной группы были выбраны лица старше 85 лет.

Частота распространенных психических заболеваний на протяжении последнего года среди субъектов в возрасте от 55 лет составила 6,8% для аффективных (5,6% – большое депрессивное расстройство), 11,4% – для тревожных, 3,8% – расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ, и 14,5% – нарушений личности. Статистический анализ позволил выявить, что вероятность наличия психической патологии с возрастом снижалась, то есть в группе лиц старше 85 лет указанные расстройства встречались реже. Такой паттерн распространенности авторы объясняли теорией социоэмоциональной селективности,

согласно которой поиск и выбор близкого социального окружения, которое помогает достигать эмоционально значимых целей, в пожилом возрасте ведет к меньшему риску социальных стрессов и более частым положительным эмоциям.

Также важно отметить, что ближе к старческому возрасту известные различия между мужчинами и женщинами практически стирались. Это относится к распространенности аффективных расстройств и нарушений, вызванных злоупотреблением психоактивных веществ. По мнению авторов публикации, дальнейшие исследования могут помочь выявить протективные факторы, способствующие снижению распространенности психических заболеваний среди лиц старше 85 лет, для того чтобы проводить эффективную их профилактику в данной возрастной группе.

### **Различия в когнитивных нарушениях при деменции с тельцами Леви и болезни Альцгеймера**

Согласно имеющимся данным, частота деменции с тельцами Леви составляет 15-20% всех случаев деменции (на долю болезни Альцгеймера [БА] приходится до 65%). Клиническая картина этого заболевания характеризуется такими симптомами, как зрительные галлюцинации, паркинсонизм и флуктуирующие когнитивные нарушения с преобладанием ухудшений в сферах визуально-пространственной ориентации и принятия решений, при этом в сфере памяти они являются менее существенными. Есть сведения о том, что деменция с тельцами Леви прогрессирует быстрее и продолжительность жизни больных меньше. Кроме того, пациенты чаще попадают в дома сестринского ухода, а экономические затраты при деменции с тельцами Леви выше, чем при БА. Также описаны общие нейропсихологические проявления деменции с тельцами Леви, при БА и болезни Паркинсона. В связи с этим группа норвежских исследователей Breitve et al. сравнила имеющиеся в литературе данные о прогрессировании когнитивных нарушений при деменции с тельцами Леви и БА. Систематический обзор опубликован в журнале *Alzheimer's Research and Therapy* (2014; 6 (5-8): 53).

В базах публикаций PsycINFO и MedLine авторы выявили 18 исследований, в которых стандартизованными методами (шкала MMSE) сравнивали прогрессирование заболевания при деменции с тельцами Леви и БА. В шести из них сообщалось, что со временем между этими группами пациентов отмечались значимые различия в ухудшении когнитивного функционирования. Однако совокупный статистический анализ данных всех исследований не выявил значимых отличий в ежегодном снижении значений по шкале MMSE, которое для деменции с тельцами Леви составило 3,4 балла, для БА – 3,3 балла.

Таким образом, данный систематический обзор, основанный на доказательствах, не подтвердил предположение о более быстром прогрессировании деменции с тельцами Леви по сравнению с деменцией при БА. Как и при БА, золотым стандартом в диагностике этих типов деменции остаются данные аутопсии. Следует

отметить, что даже подробные клинические описания проявлений деменции, неврологических нарушений и результаты нейропсихологических тестов не всегда позволяют дифференцировать деменцию с тельцами Леви и деменцию при БА. Также важно помнить, что в клинической практике часто приходится встречаться со смешанными типами деменции, что в еще большей степени затрудняет дифференциальную диагностику.

### **Факторы, влияющие на выбор лечения депрессии у пожилых**

В Германии был проведен опрос среди врачей-психиатров ( $n = 61$ ), с помощью которого выяснялись факторы, влияющие на их решение при назначении антидепрессантов (АД) пациентам пожилого возраста. Все врачи в течение предыдущих 9 лет прошли короткий курс обучения, касавшийся вопросов фармакотерапии депрессии в пожилом возрасте. Цель данного опроса состояла в следующем: изучить, каким симптомам депрессии у пожилых пациентов клиницисты уделяют большее внимание при диагностической оценке, расценивая их в качестве основных мишеней лечения, а также каких побочных действий врачи стараются избежать при выборе АД. Результаты этого небольшого исследования M.W. Riepe были опубликованы в журнале *Neuropsychiatric Disease and Treatment* (2014; 11: 25-31).

Участникам предлагалось заполнить специально разработанную анкету, в которой необходимо было расставить приоритеты целей фармакотерапии депрессии у пожилых пациентов. Эти цели были распределены на три группы: симптомы (концентрация внимания, ощущение никчемности, психомоторные симптомы, нарушения сна, суицидальные намерения и изменение веса), побочные реакции (лекарственные взаимодействия, падения, седация, сексуальные дисфункции, увеличение массы тела) и токсичность, которых необходимо избегать (кардио-, гемато- и гепатотоксичность). Статистический анализ полученных ответов позволил выявить, что кардиотоксичность являлась наиболее частым токсичным побочным действием, приоритетным для избегания. Статистически значимыми нежелательными эффектами АД, развития которых не следует допускать у пожилых пациентов, были лекарственные взаимодействия и падения. Суицидальные намерения значительно чаще указывались в качестве приоритетных симптомов для лечения.

Комментируя полученные результаты, автор публикации отметил, что, как и ожидалось, среди токсических эффектов АД у лиц пожилого возраста приоритет в избегании был отдан кардиотоксичности. Вероятно, это связано с тем, что в литературе и клинических руководствах именно ей уделяется большее внимание по сравнению с гемато- и гепатотоксичностью, хотя и их необходимо учитывать. Также вполне понятен приоритет лекарственных взаимодействий АД, которых следует избегать у пожилых пациентов. Вторым по приоритетности побочным действием был риск падений, а третьим – седация. Метаболические побочные эффекты АД не являлись значимыми. Возможно, такие

результаты были получены, потому что в вопросах анкеты не учитывались нежелательные реакции при длительном приеме препаратов, а респонденты сосредоточились на тех, которые могут появляться практически сразу после назначения. Среди приоритетных симптомов на первом месте участники указали суицидальные намерения. На первый взгляд это может показаться удивительным, поскольку в литературе чаще обсуждается важность обращения внимания на суицидальные намерения у пациентов молодого возраста, тогда как у пожилых следует контролировать бессонницу и снижение аппетита. Скорее всего, с практической точки зрения врачи отметили это проявление депрессии, поскольку оно может представлять непосредственную угрозу для жизни пациента и требует особого внимания при оказании помощи.

Как было отмечено выше, данное исследование было небольшим, в нем не выяснялись предпочтения врачей относительно определенных классов АД или конкретных препаратов, а также не уточнялись условия практики респондентов (например, стационарные или амбулаторные учреждения). Однако полученные результаты указывают на важность дальнейшего изучения принципов и приоритетов, которые используют клиницисты при выборе фармакологических средств для лечения депрессии у пациентов пожилого возраста.

### **Деменция и вождение**

Вождение автомобиля стало неотъемлемой частью жизни в развитых странах, предоставляя человеку большую автономию и ряд других психосоциальных выгод. Наряду с увеличением количества водителей, также растет число пожилых лиц, управляющих транспортными средствами. В этом возрасте вождение автомобиля позволяет человеку чувствовать себя более свободным, в частности, в случаях, когда передвижение может быть ограничено соматическими заболеваниями или в сельской местности, где недостаточно налажена регулярная работа общественного транспорта. Однако с возрастом повышается вероятность развития деменции, что также может ассоциироваться с возрастанием риска дорожных происшествий среди пожилых водителей. Группа исследователей из Великобритании Carter et al. обобщила проблемы, которые возникают при постановке диагноза деменции у пациентов, которые имеют водительскую лицензию и водят автомобиль, а также предложила возможные пути их решения (*International Journal of Geriatric Psychiatry* 2015; 30 (2): 210-216).

По целому ряду различных причин вопрос относительно управления транспортным средством может быть проблематичным для клиницистов. Если пациент с тяжелой деменцией отказывается от вождения, трудностей не возникает. Деменция не является единственным медицинским фактором, от которого зависят выдача или продление водительской лицензии у пожилых водителей. К таким факторам также относятся проблемы со зрением, слухом, опорно-двигательным аппаратом и т.п. Кроме того, во многих странах на локальном и национальном законодательных уровнях

различным образом регулируется вопрос о деменции и управлении автотранспортом. Так, в одних странах клиницисту следует уведомлять соответствующие органы о случаях деменции у пациента с действующей водительской лицензией, в других – сам водитель должен сообщать об ухудшении способностей управлять автомобилем (деменция может быть одной из многих причин).

Более того, несмотря на то что вопрос вождения при деменции не раз обсуждался в литературе, до настоящего времени не разработан протокол, который мог бы служить для клиницистов руководством, как поступать, если пациент с деменцией водит автомобиль. Carter et al. представили разработанный алгоритм принятия решения в таких случаях. Если пациент, страдающий деменцией, не отказывается от своих водительских прав, ему предлагается прохождение ряда процедур медицинского и юридического характера. В совместном принятии решения участвуют сам пациент, психиатр, психолог и соответствующие службы, которые занимаются выдачей и продлением водительских лицензий.

Помимо разработанного алгоритма, авторы публикации также отметили несколько вопросов, на которые существующая доказательная база не дает ясного ответа. Например, какие из нейропсихологических тестов могут быть использованы для определения навыков вождения, в частности у пациентов с когнитивной дисфункцией? Насколько точно помогают симуляторы вождения определять способность управлять автотранспортом, чтобы можно было опираться на данные, полученные с их помощью? В какой степени навыки вождения страдают при легком когнитивном ухудшении? Предложенный алгоритм авторы рассматривают как первый шаг на пути к разработке унифицированного руководства, которое поможет клиницистам ответить на вопрос, может ли больной деменцией водить автомобиль.

### **Применение диагностических критериев легкого когнитивного расстройства в DSM-5**

Диагноз легкого когнитивного расстройства включает нарушения памяти и познавательного функционирования, однако несмотря на широкое использование данной диагностической категории в литературе продолжается дискуссия о характеристиках и природе этого синдрома. Изначально это понятие было введено для определения доклинической деменции. Дальнейшие исследования показали, что легкое

когнитивное расстройство является гетерогенной категорией, его распространенность может быть высокой в пожилом возрасте, и это состояние далеко не всегда прогрессирует до деменции. Попытка достичь консенсуса и компромисса относительно противоречивых взглядов на легкое когнитивное расстройство была предпринята в DSM-5, где оно называется легким нейродегенеративным расстройством. Согласно DSM-5, для этого состояния характерно умеренное ухудшение когнитивных функций по сравнению с прежним уровнем функционирования, но это ухудшение не препятствует независимой повседневной активности, хотя для выполнения обычной деятельности пациенту приходится прилагать больше усилий. В одном из городов Испании Lopez-Anton et al. провели крупное эпидемиологическое исследование среди лиц в возрасте старше 55 лет, для того чтобы сравнить распространенность легкого когнитивного расстройства, диагностированного с помощью новых и классических критериев (*Acta Psychiatrica Scandinavica* 2015; 131 (1): 29-39).

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе был проведен скрининг когнитивных нарушений в популяции пожилых лиц (n = 4803). На втором этапе с респондентами проводилось полуструктурированное психиатрическое интервью, в процессе которого уточнялось соответствие когнитивных нарушений критериям легкого когнитивного расстройства. Кроме того, выявлялись сопутствующие аффективные и тревожные расстройства и оценивалась повседневная активность в случаях, где это было возможно, а также собиралась информация у родственников или из медицинской документации.

Распространенность легкого когнитивного расстройства среди пожилых старше 65 лет в соответствии с критериями DSM-5 составила 3,72%, с классическими критериями – 7,93%. Возможными причинами практически в два раза меньшей распространенности легкого когнитивного расстройства в соответствии с критериями DSM-5 могло быть требование обязательного исключения у пациентов других психиатрических заболеваний, которые могут вызывать когнитивные нарушения (например, депрессии). Помимо этого, на основании анализа данных распространенности легкого когнитивного расстройства, а также его сочетания с такими аффективными нарушениями, как апатия и анергия, авторы высказали предположение, что данная диагностическая категория DSM-5 не может рассматриваться в качестве строгого предиктора развития деменции в последующем.