**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение

Глава 1. Этиология, патогенез, классификация нарушения сна

.1 Классификация нарушений сна

1.2 Этиология нарушения сна

Глава 2. Фармакотерапия нарушения сна

.1 Виды терапии нарушения сна

2.2 Показания к фармакотерапии нарушений сна

2.3 Классификация препаратов, используемых для лечения нарушений сна

2.4 Принципы назначения снотворных препаратов

.5 Характеристика лекарственных препаратов

Глава 3. Рейтинг аптечных продаж

Заключение

Список использованной литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность работы:

Одной из актуальных проблем современной медицины и фармации является нарушение сна

Сон - это сложное психофизиологическое состояние, непосредственно определяющее психическую и биологическую активность человека. Во сне выявляется максимальная концентрация соматотропного гормона, происходит пополнение количества клеточных белков и рибонуклеиновых кислот, осуществляется оптимизация управления внутренними органами, глубокое мышечное расслабление, переработка информации, полученной в предшествующем бодрствовании, и создается программа поведения на будущее.

Сон - это жизненная потребность человека. Бодрствующий человек взаимодействует с окружающей средой, отвечая на внешние раздражители адекватными реакциями; во время сна эта связь с внешним миром прерывается, но не исчезает полностью. Спящий человек может проснуться под действием внешних раздражителей, если они имеют биологическое значение, однако даже сильный шум, лишенный такого значения, не вызывает пробуждения, хотя нарушает последовательность фаз и, как следствие, отрицательно влияет на сон.

Нарушения сна - явления достаточно широко распространенные. От 8 до 15% взрослого населения мира предъявляют частые или постоянные жалобы на плохой или недостаточный сон, от 9 до 11% взрослых людей употребляют седативные снотворные средства, а среди людей пожилого возраста этот процент значительно выше.

Сон является одной из важнейших функций живого организма и оказывает влияние на состояние здоровья человека не меньшее, чем период бодрствования. Все знают, что от качества сна зависит то, насколько удачно для нас сложится будущий день[6].

Бессонница может быть первым признаком заболевания, какого как невроз, депрессия, хронический стресс, а также усугублять и снижать работоспособность, социальную адаптацию и качество жизни пациента с любым заболеваниями. Поэтому не стоит недооценивать бессонницу. Качество сна является одной из важнейших составляющих понятия "качество жизни" и влияет на все аспекты жизнедеятельности человека, состояние его здоровья. Нарушения сна требуется лечить. Поэтому изучение фармакотерапии нарушения сна является очень актуальным.

Цель работы - изучение фармакотерапии нарушения сна.

В соответствии с целью обозначим задачи:

. Изучить общую характеристику нарушения сна, рассмотреть классификацию нарушений сна, изучить этиологию нарушения сна;

. Изучить современные методы лечения нарушения сна, показать виды терапии нарушения сна.

. Составить характеристику фармакологических средств, используемых при терапии нарушения сна, раскрыть классификацию препаратов, используемых для лечения нарушений сна.

. Изучить рейтинг аптечных продаж

**ГЛАВА 1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ НАРУШЕНИЯ СНА**

**1.1 Классификация нарушений сна**

Бессонница - субъективное ощущение недостаточности сна, включающее в себя пресомнические (задержка наступления сна), интрасомнические (нарушение продолжительности и глубины сна) и постсомнические (нарушения быстроты и времени пробуждения) расстройства или их комбинацию.

Нарушения сна классифицируют следующим образом: инсонимии, гиперсонимии, нарушения режима сна и бодрствования, парасомнии.

Инсомнии - расстройства засыпания и способности пребывать в состоянии сна:

- психосоматическая - ситуативная или постоянная

- вследствие психических заболеваний, особенно аффективных состояний

- вследствие употребления лекарственных препаратов и алкоголя:

· толерантность к седативным препаратам или синдром отмены;

· длительный прием препаратов, активирующих ЦНС

· длительный прием или синдром отмены других препаратов

· хронический алкоголизм

- вследствие дыхательных расстройств, обусловленных сном:

· синдром апноэ во сне

· синдром альвеолярной гиповентиляции

- вследствие ночных миоклоний и синдрома "беспокойных ног"

- различные - при других медикаментозных, токсических и идиопатических патологических состояниях, а также состояниях, обусловленных воздействием внешних факторов [2].

Гиперсомнии - поражения, сопровождающиеся патологической сонливостью:

- психофизиологические - ситуативные или стойкие

- вследствие психических заболеваний, особенно аффективных состояний

- вследствие употребления лекарственных препаратов и алкоголя

- вследствие дыхательных расстройств, обусловленных сном

- нарколепсия-катаплексия

- различные - при других медикаментозных, токсических, экзогенных и идиопатических состояниях

Нарушения режима сна и бодрствования:

- временные - реактивный сдвиг фаз, изменение графика работы

- постоянные:

· синдром замедленного периода сна

· синдром преждевременного периода сна

· синдром не-24-часового цикла сна и бодрствования

Парасомнии - функциональные расстройства, связанные со сном, фазами сна и неполным пробуждением:

- хождение во сне

- ночные страхи и тревожные сновидения

- энурез

- ночные эпилептические припадки

- другие функциональные расстройства сна [2].

Итак, нарушения сна классифицируют следующим образом: инсонимии, гиперсонимии, нарушения режима сна и бодрствования, парасомнии.

**.2 Этиология нарушения сна**

Рассмотрим основные формы и причины бессонницы:

Транзиторная (преходящая) бессонница. Проявляется у пациентов, которые обычно спят хорошо, но в данной конкретной ситуации не могут уснуть из-за внешних факторов (шум, непривычная обстановка). Она может возникать при ситуациях с эмоциональным подъемом - влюбленность, радость. Может развиваться при неправильном режиме дня и отдыха, систематическом позднем засыпании, длительной работе на компьютере, просмотре телепередач. Данный тип бессонницы развивается при нарушении адаптации при десинхронозе. Такое явление возникает при дальних авиаперелетах. Хуже переносится десинхроноз при перелете с запада на восток, чем с севера на юг. Транзиторная бессонница может развиваться у людей, работающих вахтовым методом.

Кратковременная бессонница обусловлена стрессом, эмоциональными потрясениями (при этом возникает так называемая реакция горя, которая проявляется нарушением сна). Кратковременную бессонницу могут вызывать заболевания, сопровождаемые сильным болевым синдромом (артрит, радикулит). Это может быть бессонница при одышке при бронхиальной астме, бессонница при сильном кашле, при учащенных позывах на мочеиспускание. К этому виду бессонницы относится нарушение сна, вызванное приемом психостимуляторов (кофеин). Данный тип бессонницы возникает при наличии заболеваний, сопровождающихся сильным зудом. После прекращения зуда бессонница исчезает.

Хроническая бессонница чаще всего бывает симптомом психических заболеваний, возникает при тревоге, депрессии, при алкогольной и наркотической зависимости. Около 50% людей, страдающих хронической бессонницей, имеют психическое заболевание. Данный тип бессонницы может наблюдаться у пожилых людей, т.к. с возрастом длительность сокращается в норме, а психологическая потребность в привычном по времени сне сохраняется. У таких больных повышается количество ночных пробуждений на 20%. Последствия хронической бессонницы чрезвычайно серьезны. Это усталость в течение дня, трудность концентрации внимания, пониженная работоспособность, чрезмерное и неадекватное употребление различных препаратов. К препаратам, вызывающим бессонницу относятся психостимуляторы - кофеин, сиднокарб, амфетамин; антидепрессанты - имипрамин; нейролептики в малых дозах; ноотропы - ноотропил, энцефабол; кроме того нарушения сна вызывают антималярийные препараты, гормональные препараты, некоторые антибиотики.

Бессонница вследствие апноэ (apnoe - отсутствие дыхания). Бессонница возникает в результате просыпания больного, у которого на время во сне прекращается дыхание (на период не менее 10 секунд). Из-за нарушения дыхания больной просыпается. Апноэ бывает либо при поражении центральной нервной системы, либо при патологии дыхательных путей.

Бессонница может развиться в качестве первичного заболевания, в виде вторичного проявления при психических расстройствах, тревожных состояниях, употреблении лекарственных препаратов или терапевтических заболеваниях, а также в сочетании с другими нарушениями сна, например с апноэ во сне.

Я.И. Левин основными причинами нарушения сна у взрослых считает следующие.

1. Заболевания эндокринной и сердечно-сосудистой системы, опухоли головного мозга.

2. Нарушение сна может быть вызвано неврозом или психическими расстройствами.

. Злоупотребление лекарственными средствами, особенно вследствие бесконтрольного лечения.

. Вредные привычки.

. Нарушение нормальной смены сна и бодрствования тоже может дать сбои в работе организма, которые приведут к "сонным" расстройствам.

. Избыточное потребление кофе, крепкого чая, энергетиков и кофеиносодержащих напитков.

. Неправильная организация места для сна может привести к усложнению процесса засыпания [7].

**Вывод:** в настоящее время выделяют следующие формы бессонницы: транзиторная (преходящая) бессонница; кратковременная бессонница, обусловленная стрессом, эмоциональными потрясениями; хроническая бессонница; бессонница вследствие апноэ. К развитию бессонницы приводят различные этиологические факторы:нервные перенапряжения, общие инфекции и интоксикации, органические и функциональные заболевания нервной системы, сердца, легких, почек и т.д. Но главная причина бессонницы в настоящее время - нервно-психические переутомления и перенапряжения (стрессы), эмоциональные нарушения с преобладанием тревожного и депрессивного настроения, лишенная системы и размеренности жизнь.

**ГЛАВА 2. ФАРМАКОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЯ СНА**

**.1 Виды терапии нарушения сна**

Эффективность при лечении бессонницы показали несколько нефармацевтических стратегий, а также различная фармакотерапия.

Одними из наиболее безопасных и эффективных методов немедикаментозного лечения хронической бессонницы считают коррекцию поведенческих навыков (поведенческую психотерапию) и когнитивную терапию (таблица 1), применяемые как в качестве монотерапии, так и в дополнение к назначенному медикаментозному лечению.

Таблица 2 - Стратегии немедикаментозного лечения инсомнии

|  |  |
| --- | --- |
| Вид терапии | Описание |
| Терапия контроля стимулов | Смещает акценты, связанные с отходом ко сну, позволяет восстановить нормальный цикл "сон-бодрствование" |
| Ограничение сна | Ограничивает пребывание в постели непосредственно до самого сна, что приводит к более быстрому засыпанию и качественному, продолжительному отдыху |
| Обучение методам релаксации | Снижает вегетативные (стресс, мышечное напряжение) и поведенческие причины (навязчивые мысли), вызывающие расстройство сна; Методы: прогрессивная мышечная релаксация, ритмичное дыхание, тренировка воображения, медитация |
| Метод парадоксального восприятия | Призван изменить нереалистичные ожидания, связанные со сном: пациенты вынуждены бодрствовать длительное время, что, в конечном итоге, снижает ажитацию, связанную с отхождением ко сну и увеличивает его продолжительность |
| Обучение гигиене сна | Содержит рекомендации по изменению поведенческих навыков и устранению причин, влияющих на продолжительность и качество сна |
| Когнитивная терапия | Изменяет конкретные нереалистичные ожидания пациента и разрушает устоявшиеся стереотипы, связанные со сном |

Коррекция поведенческих навыков включает изменение конкретных неадекватных особенностей отхода ко сну и снижение частоты пробуждений, вызванных вегетативными расстройствами. К ней относят терапию контроля стимулов, ограничение сна, обучение методикам релаксации и гигиене сна. Когнитивная терапия призвана изменить отношение больных, страдающих бессонницей ко сну: снизить их нереалистичные ожидания (например, обязательный 8-часововой сон), разрушить устоявшиеся стереотипы о причинах бессонницы и снять ощущение тревоги и страха, сопровождающие время отхода ко сну. Определив конкретные когнитивные расстройства, мешающие пациенту нормально спать, коррекция поведенческих навыков (смещение акцентов и др.) позволяет заменить их более конструктивными и положительными убеждениями.

Фармакотерапия нарушений сна за свою историю претерпела определенное развитие. До начала ХХ в. в лечении использовали бром и опий. В 1903 г. появились барбитураты. С начала 1950-х гг. в качестве снотворных стали применять нейролептики (в основном фенотиазиновые производные) и антигистаминные препараты. Эти препараты можно отнести к первому поколению снотворных, которые для лечения собственно инсомнии в настоящее время применяются крайне ограниченно. С появлением хлордиазепоксида в 1960 г., а в дальнейшем - диазепама и оксазепама началась эра бензодиазепиновых снотворных [3].

Идеальное снотворное должно:

- в минимальной дозе способствовать быстрому засыпанию;

- не иметь преимуществ при увеличении дозы (во избежание наращивания дозы самими пациентами);

- сокращать число ночных пробуждений;

- повышать эффективность сна и минимально влиять на стадии и структуру сна;

- не ухудшать состояние больных после прекращения приема препарата. Наряду с этим гипнотик должен оказывать минимальное влияние на уровень бодрствования при пробуждении, скорость реакции, память и другие когнитивные функции [12].

При выборе препарата необходимо ориентироваться на основные требования, предъявляемые к так называемому идеальному гипнотику. При этом препарат должен вызывать быстрое засыпание в минимальной дозе, не иметь преимуществ при увеличении дозы, что позволяло бы избегать увеличения дозы самим больным, способствовать снижению числа ночных пробуждений. В то же время препарат не должен снижать качество "дневной" жизни пациента, не влиять на его самочувствие, работоспособность и другие виды повседневной обыденной деятельности.

Выбор гипнотического препарата включает следующее: клиническая ситуация (возраст, имеющиеся заболевания, прием медикаментов и др.); фармакологическая активность гипнотика; фармакокинетика препарата; взаимодействие с другими медикаментами.

Лечение инсомнии рекомендуется начинать с растительных препаратов или безрецептурных средств. Эти препараты создают наименьшие проблемы для пациентов, легко могут быть отменены в дальнейшем. Большинство специалистов предпочитают использовать "короткоживущие" препараты, которые не имеют постсомничеких проблем, не вызывают вялости и сонливости в период бодрствования, не оказывают влияния на моторные функции. Особенно важно это при лечении людей, которые хотят сохранить профессионально-трудовую активность (амбулаторные больные, работающие на производстве, водители и т. д.).

Длительность назначения снотворных препаратов не должна превышать 3 недели (оптимальный срок - 10-14 дней). За этот период, как правило, не формируется привыкание и зависимость, а так же синдром отмены. В то же время удается воздействовать на причину расстройства. Пациентам старших возрастных групп снотворные препараты следует назначать в суточной дозе вдвое меньше обычной. Больным, длительно получающим снотворные препараты, необходимо проводить "лекарственные каникулы".

Новым направлением в лечении инсомнии является применение синтетических аналогов гормона мелатонина. Мелатонин - это нейрогормон, вырабатываемый эпифизом, сетчаткой глаза и кишечником. Биологические эффекты мелатонина многообразны: он ускоряет засыпание и нормализует структуру цикла "сон - бодрствование". Мелатонин максимально синтезируется в темноте, его содержание в плазме крови человека ночью в 24 раза выше, чем днем. В России зарегистрирован мелаксен - препарат, содержащий 3 мг мелатонина.

Существуют различные подходы при назначении снотворных препаратов. бессонница фармакологический гиперсомния лечение

Можно выделить три метода приема фармакологических средств: эпизодический, прерывистый и постоянный.

Более предпочтительным является первый, когда снотворное применяется редко и между однократными приемами имеются значительные перерывы. Однако при этом способе приема не удается добиться ощутимого результата в случаях длительного нарушения сна. Прерывистый метод (7-10 дней приема с таким же перерывом), считавшийся ранее не вызывающим привыкания, приводит к неблагоприятному чередованию подавления быстрого сна с его гиперпродукцией в связи с феноменом "отдачи" [1].

При назначении гипнотиков следует учитывать период полувыведения препарата. Снотворные средства с коротким периодом полувыведения чаще всего используются для терапии пресомнических расстройств, у работающих людей, занимающихся потенциально опасными видами деятельности. Препараты с длительным периодом полувыведения применяются не только для нормализации сна, в основном интрасомнических и постсомнических расстройств, но и для достижения транквилизирующего и седативного эффектов, например при тревожных состояниях.

Таким образом, современная медицина располагает достаточным арсеналом средств для диагностики и лечения нарушений сна. Залог успеха - в комплексном подходе, сочетающем как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, в осознанном, активном участии пациента в процессе лечения.

**2.2 Показания к фармакотерапии нарушений сна**

При обращении многих больных к врачам различных специальностей жалоба на нарушение сна встречаются довольно часто, хотя не является поводом к посещению врача. Значительно реже жалоба на нарушение сна выступает на первый план. Среди различных лекарственных средств снотворные занимают одно из ведущих мест по частоте приема и количеству отпускаемых в аптеках лекарств. Практические врачи, как правило, не пытаются проанализировать и дать объяснение этому симптому, не всегда увязывают его с клинической ситуацией, а зачастую не воспринимают его, как тягостное страдание, требующее коррекции.

Показанием к фармакотерапии нарушений сна является стойкость и длительность этих расстройств, существенно ухудшающих качество жизни, даже если расстройства сна являются симптомом соматических и психических заболеваний. Лекарственная терапия проводится при неэффективности рекомендаций по соблюдению режима, общегигиенических мероприятий.

Итак, принятие решений при фармакотерапии нарушений сна: целесообразность и показания к назначению лекарственного препарата; выбор лекарственного препарата; выбор оптимальной дозы; оценка клинического эффекта; замена препарата в случае отсутствия эффекта; выявление возможных побочных эффектов и их коррекция; продолжительность приема препарата.

**.3 Классификация препаратов, используемых для лечения нарушений сна**

В настоящее время в арсенале практического врача имеется *три поколения гипнотиков*, принадлежащих к различным классам и имеющих различные механизмы действия, эффективность, переносимость, безопасность.

*Первое поколение* гипнотиков - барбитураты, антигистаминные препараты, пропандиол, хлоралгидрат, паральдегит.

*Второе поколение* - производные бензодиазепинов (нитразепам, флуразепам, темазепам, мидазолам и др.).

*Третье поколение* - небензодиазепиновые гипнотики, включающие производное циклопирролонов (зопиклон) и производное имидазопиридина (золпидем).

Препараты первого поколения в настоящее время для лечения нарушений сна практически не используются и не должны использоваться с учетом их побочных эффектов и осложнений при длительном приеме. Не следует использовать препараты, у которых снотворный эффект не является основным (антигистаминные, трициклические антидепрессанты и др.), а их назначение может повлечь за собой ряд побочных эффектов, особенно при наличии у больных сопутствующей патологии (глаукома, доброкачественная гиперплазия), являющейся противопоказанием к их назначению.

Открытие во второй половине ХХ века препаратов, относящихся к классу транквилизаторов, и разработка препаратов со снотворным эффектом (транквилизаторы-гипнотики) существенно изменили ситуацию в области лечения нарушений сна. Эти препараты долгое время относились к числу самых часто назначаемых лекарственных препаратов. Однако наряду с несомненным клиническим эффектом при назначении этих препаратов возникли проблемы их переносимости, развитии нежелательных побочных эффектов, лекарственной зависимости, воздействии на когнитивные функции. Все это привело к некоторому сокращению избыточного назначения транквилизаторов-гипнотиков и ограничению сроков их применения.

При назначении препаратов бензодиазепиновой группы необходимо учитывать их нежелательные эффекты, среди которых основными являются:

- мышечная расслабленность

- утренняя сонливость, вялость

- нарушение когнитивных функций (концентрация внимания, памяти)

- возникновение зависимости [8].

Миорелаксирующее действие с развитием дискоординации в движениях может становиться одним из факторов падений, особенно у больных пожилого и старческого возраста с серьезными последствиями (переломы, гематомы, ожоги). Дневная седация нарушает работоспособность и особенно нежелательна у лиц определенных профессий, требующих концентрации внимания. С целью правильной трактовки так называемой зависимости под зависимостью следует понимать потребность в увеличении дозы препарата.

Разработка и применение гипнотиков третьего поколения (зопиклон, золпидем) позволило свести к минимуму и избегать нежелательных эффектов. Препараты этой группы, в отличие от бензодиазепинов, отличаются селективностью действия на основной субстрат-мишень. Их биологическим субстратом действия являются подтипы бензодиазепинового рецептора, которые, по современным представлениям, обусловливают наступление гипнотического эффекта.

Многие из транквилизаторов (диазепам), не относящиеся к транквилизаторам-гипнотикам, но обладающие противотревожным действием, снимают внутреннее напряжение и облегчают процесс засыпания, что используется при назначении их с целью лечения нарушений сна.

Бензодиазепиновые транквилизаторы со снотворным эффектом назначаются с учетом способности препарата влиять на различные фазы сна, его углубление или увеличение продолжительности. Так, препараты феназепам, лоразепам действуют на процесс засыпания, углубляют сон, уменьшают число пробуждения. С другой стороны, такие препараты, как нитрозепам, удлиняют ночной сон, устраняют ранние пробуждения [10].

Препарат третьего поколения гипнотиков зопиклон (Релаксон) сохраняет структуру сна, приближая его к физиологическому. Препарат имеет короткий период полувыведения, что сводит к минимуму появление утренней сонливости, разбитости.

**.4 Принципы назначения снотворных препаратов**

При выборе препарата следует учитывать его фармакокинетику, в частности, период полувыведения, скорость всасывания, наличие активных метаболитов. В таблице 3 представлены препараты по длительности полувыведения.

Среди снотворных средств выделяются препараты**:**

- с коротким периодом полувыведения - менее 5 часов (золпидем, зопиклон, мидазолам, триазолам);

- со средним периодом полувыведения - 5-15 часов (лоразепам, доксиламин);

- с длительным периодом полувыведения - более 15 часов (флунитразепам, нитразепам, флуразепам) [13].

Наиболее коротким периодом полувыведения обладают препараты третьего поколения (зопиклон, золпидем) - до 5 часов. Период полувыведения бензодиазепинов на порядок выше. Предпочтительнее использовать бензодиазепины с коротким периодом полувыведения (мидазолам, триазолам) с целью сведения к минимуму ощущения сонливости, вялости на следующий день. Быстрота наступления сна определяется скоростью всасывания. Высокой скоростью всасывания характеризуются некоторые препараты бензодиазепинового ряда (флунитразепам, триазолам), препараты третьего поколения зопиклон и золпидем. Гипнотики третьего поколения можно принимать непосредственно перед сном [12].

Таблица 3 - Снотворные препараты по длительности полувыведения

|  |  |
| --- | --- |
| Вид препарата | Период полувыведения, ч |
| Длительного действия |  |
| Флунитразепам | 19-22 |
| Флуразепам | 75-150 |
| Медазепам | 65 |
| Нитразепам | 18-34 |
| Средней длительности |  |
| Эстазолам | 15-18 |
| Темазепам | 8-38 |
| Короткого действия |  |
| Бротизолам | 3-6 |
| Мидазолам | 1,5-3,5 |
| Триазолам | 2-5 |
| Золпидем | 2,5-3 |

С учетом многообразия снотворных препаратов и для унификации их использования предлагается несколько принципов их назначения:

1. При отсутствии у пациента опыта приема снотворных средств начинать лечение предпочтительнее с препаратов, обладающих наилучшим профилем безопасности (как правило, растительных снотворных препаратов), возможно назначение химического снотворного средства в половинной дозе от рекомендованной фирмой-производителем. Приоритетно использование небензодиазепиновых гипнотиков (Донормил).

2. Преимущественное использование короткоживущих и препаратов со средним периодом выведения. Эти препараты, как правило, не создают постсомнических проблем, редко вызывают вялость и сонливость в течение бодрствования, не оказывают негативного влияния на моторные возможности человека, в меньшей степени вызывают эффект отдачи после отмены препарата.

. Длительность назначения снотворных препаратов не должна превышать 3-х недель (оптимально - 10-14 дней). Как правило, через 3 недели наступает адаптация мозга к назначенному средству и его гипногенный эффект в большей степени начинает носить психологический характер.

. После стрессовых ситуаций возможно проведение кратковременных курсов - назначение снотворных средств (на 1-2 ночи). Данная тактика позволяет бороться с процессом хронификации инсомнии.

. Необходимо оценивать эффективность назначенного гипнотика в течение недели. При отсутствии должного эффекта на 1-3-й день после начала лечения необходимо задуматься о правильности выбранной тактики лечения.

. Если нарушение сна связано с тревогой или депрессией, необходимо комбинировать снотворные препараты с антидепрессантами. Чаще всего назначают антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина одновременно со снотворным препаратом, лучше небензодиазепинового ряда. После нормализации сна отменяют снотворный препарат и продолжают лечение депрессии согласно современным терапевтическим стандартам.

. Пациентам старших возрастных групп следует назначать половинную суточную дозировку снотворных препаратов.

. В случае хотя бы минимальных подозрений на наличие синдрома "апноэ" в качестве причины инсомнии и невозможности полисомнографической верификации лучше использовать в качестве снотворных производные доксиламина.

. Если при субъективной неудовлетворенности длительностью сна объективно зарегистрированы 6 и более часов сна, назначение снотворных препаратов представляется нецелесообразным.

. Больным, длительно получающим снотворные препараты, необходимо проводить "лекарственные каникулы" или периодически менять снотворные на средства из других групп [5].

Итак, расстройства сна могут являться симптоматическими проявлениями основного соматического или психического заболевания, поэтому снотворные препараты назначаются только после тщательного всестороннего обследования больного. Проблема выбора снотворного препарата заключается в наименьшем числе побочных воздействий и осложнений от данного конкретного препарата.

**.5 Характеристика лекарственных препаратов**

Охарактеризуем наиболее распространенные лекарственные средства и медицинские препараты применяемы для лечения и/или профилактики нарушений сна.

Седативные препараты

## **Дормиплант:** в каждой таблетке содержится по 160 мг сухого экстракта корня валерианы и по 80 мг сухого экстракта листьев мелиссы. Оказывает выраженный седативный и мышечнорасслабляющий эффекты, а также снотворное действие. Продолжительность применения не ограничена, отпускается без рецепта, нет побочных эффектов, не вызывает привыкания. Принимают по 2 таблетки за 30 минут до сна независимо от приема пищи. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, по 50 и 100 шт.

## **Ново-Пассит раствор (таблетки):** комбинированный препарат. Фармакологическими активными компонентами являются экстракты из лекарственных растений (мелиссы лекарственной, валерианы лекарственной, зверобоя, боярышника обыкновенного, страстоцвета, хмеля обыкновенного, бузины черной) с преимущественно седативным воздействием и гвайфенезина. Седативное действие экстракта дополнено анксиолитическим эффектом гвайфенезина. Известно, что гвайфенезин быстро абсорбируется из желудочно-кишечного тракта, метаболизируется и выводится в основном с мочой. Показаниями к применению Ново-Пассита являются неврастения и невротические реакции, сопровождающиеся раздражительностью, тревогой, страхом, усталостью; "синдром менеджера" (состояние постоянного психического напряжения); легкие формы расстройств сна; мигрень; нейроциркуляторная дистония, климактерический синдром; дерматозы, сопровождающиеся зудом (атопическая и себорейная экзема, крапивница), и функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта (диспепсический синдром, синдром "раздраженного кишечника"). Противопоказано применение Ново-Пассита при миастении, повышенной чувствительности к компонентам препарата, а также у детей до 12 лет. Ново-Пассит назначают внутрь взрослым и детям старше 12 лет - по 5 мл (1 ч.л.) 3 раза в день. При необходимости дозу препарата можно увеличить. Дозу можно изменять в зависимости от реакции пациента. Интервал между приемами препарата - 8 часов. Препарат можно принимать как неразбавленным, так и добавлять в напитки. В случаях расстройства пищеварения рекомендуется принимать во время еды. Следует соблюдать осторожность при назначении Ново-Пассита больным с тяжелыми органическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, в периоды беременности (особенно в течение первого триместра) и кормления грудью. Пациентам, принимающим Ново-Пассит, следует воздерживаться от потенциально-опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстрой двигательной и психической реакции (например, вождение автотранспортных средств, управление механизмами). Гвайфенезин усиливает тормозящее воздействие алкоголя и остальных веществ, вызывающих угнетение центральной нервной системы. Пациенты обычно хорошо переносят препарат. Однако в редких случаях могут появиться следующие нежелательные воздействия: головокружение, усталость, сонливость, зуд, кожная сыпь, диспепсические расстройства, легкая мышечная вялость. Выпускается в виде раствора для приема внутрь в стеклянных флаконах по 100 мл, снабженных самоуплотняющейся крышкой.

## **Пассидорм:** препарат растительного происхождения на спирту. Оказывает седативное действие. Может применяться длительно, не вызывает привыкания и зависимости. Применяется при повторяющихся и хронических нарушениях сна по 20 капель 3 раза в сутки (подержать во рту перед проглатыванием). Применяют при затруднениях засыпания по 10 капель через каждый час. Выпускается в виде раствора для приема внутрь во флаконах-капельницах по 30 и 50 мл.

## **Персен:** содержит экстракты валерианы, мяты перечной, мяты лимонной. Оказывает седативное и снотворное действие. Усиливает тормозные процессы в головном мозге, снижает раздражительность и напряженность, облегчает наступление сна. Обладает незамедлительным эффектом, отсутствует побочное действие, не вызывает синдрома привыкания, не нарушает психомоторных функций (например вождение автомобиля) и работоспособности. Применяется по 2 таблетки на ночь. Имеется также пролонгированная форма - Персен форте. Выпускается в капсулах по 20 шт. в упаковке. Применяется по 1 капс. на ночь. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, в упаковке 40 шт.

## **Успокой:** препарат гомеопатический. Оказывает седативное, анксиолитическое действие. Гомеопатический препарат, содержит минимальные дозировки активных компонентов, не вызывает побочных действий и привыкания. Содержится в герметичной упаковке. Применяют внутрь не менее чем за 15 мин до еды по 5 гранул (держать во рту до полного рассасывания) 1 раз в сутки вечером, при стрессовых ситуациях - 2-3 раза в сутки. При улучшении состояния - 2-3 раза а неделю. Курс лечения составляет 1-2 мес. Выпускается в виде гранул в пакетиках по 10 г.

При отсутствии эффекта от седативных препаратов назначаются транквилизаторы бензодиазепинового ряда.

При нарушении засыпания целесообразнее применять **препараты с коротким действием**: мидазолам (Дормикум) и триазолам (Хальцион).

## **Дормикум:** оказывает снотворное, седативное, анксиолитическое, миорелаксирующее действие. В большей степени, чем другие снотворные, расслабляет скелетную мускулатуру, что обеспечивает более эффективное восстановление при утомлении. Укорачивает фазу засыпания и пробуждения и увеличивает общую длительность и качество сна. Не снижает работоспособность и быстроту реакции, после пробуждения возникает ощущение свежести и бодрости. Препарат быстро и полно всасывается из ЖКТ. Противопоказан при легочной недостаточности, беременности, кормлении грудью, миастении, органических поражениях мозга. Назначается внутрь, не разжевывая, перед сном по 7,5-15 мг, в стационаре применяется перед операциями в инъекциях по 2,5 мг. Выпускается в таблетках по 15 мг в упаковке по 10, 20, 30 и 100 шт.; в ампулах по 5 мг в 1 мл раствора, в ампулах по 1 и 3 мл, в коробке по 10 и 25 шт.

## **Хальцион:** оказывает снотворное, мышечно-расслабляющее, противотревожное, седативное действие. Препарат очень эффективен при острых инсомниях, связанных со сменой часовых поясов. После приема внутрь быстро и полностью всасывается. Противопоказан при миастении, нарушении функции печени и почек, органических поражениях головного мозга, беременности, глаукоме, обструктивных заболеваниях легких (бронхиальная астма и др.). Назначается внутрь по 0,125-0,250 мг за 30 минут до сна. Выпускается в таблетках по 250 мкг, в упаковке 30 шт.

## При частых ночных или ранних утренних пробуждениях предпочтительней **препараты со средним и длительным действием**: оксазепам (Нозепам, Тазепам, Оксазепам), лоразепам (Мерлит), алпразолам (Кассадан, Алпразолама таблетки, Ксанакс), бромазепам (Лексотан, Бромазепам Ланнахер), флунитразепам (Рогипнол), нитразепам (Берлидорм 5, Радедорм 5, Нитразепам, Нитросан).

## **Нозепам:** оказывает анксиолитическое, седативное, противосудорожное, миорелаксирующее действие. Препарат отечественного производства, длительное время существует на российском рынке, зарекомендовал себя с хорошей стороны и пользуется большой популярностью у населения. Назначается при нарушениях засыпания по 10 мг однократно за 45-60 минут до сна. Противопоказан при беременности, повышенной чувствительности к оксазепаму. Выпускается в таблетках по 10 мг, в упаковке 50 шт.

## **Тазепам:** обладает транквилизирующим, умеренным снотворным и седативным эффектами. Оказывает противосудорожное и мышечно-расслабляющее действие. Препарат, в отличие от аналогов, противопоказан к применению только в I триместре беременности, в последующем разрешен под контролем врача. Не следует назначать длительно (в течение нескольких месяцев) в связи с возможностью возникновения лекарственной зависимости. При продолжительном лечении необходимо контролировать функции печени и картину периферической крови. Режим дозирования устанавливается индивидуально в зависимости от развития лечебного эффекта. Суточная доза варьирует от 10 до 60- 70 мг за 3-4 приема. Выпускается в таблетках по 10 мг, в упаковке 50 шт.

## **Оксазепам:** оказывает противотревожное и седативное действие. Обладает противосудорожной и миорелаксирующей активностью. На основании проведенного исследования американские медики рекомендовали Оксазепам как наиболее безопасный препарат группы бензодиазепина для пожилых людей, т.к. он быстро выводится и не обладает длительным последействием. Быстро всасывается после приема внутрь, максимальный эффект развивается через 50-60 минут. Препарат выводится в основном почками. Любое изменение дозы следует проводить под контролем врача. С осторожностью применяют у больных со склонностью к артериальной гипотонии. Назначается по 10-20 мг /сут с возможным постепенным повышением дозы до развития лечебного эффекта. Выпускается в таблетках по 10 мг, в упаковке 20 шт. Небольшое количество таблеток в упаковке удобно использовать у пациентов с повышенным риском формирования лекарственной зависимости.

## **Мерлит:** оказывает анксиолитическое, снотворное, седативное, мышечно-расслабляющее действие. Повышает порог судорожной готовности, стабилизирует вегетативную нервную систему. Быстро и полно всасывается из ЖКТ. Выделяется в основном почками. Противопоказан при миастении, глаукоме, алкогольной интоксикации. Назначается по 1 мг за 30 мин до сна, при тяжелых расстройствах сна - 2 мг. Выпускается в таблетках по 1 и 2 мг, в упаковке 20 и 100 шт.

## **Ксанакс:** препарат является самым продаваемым среди всех представителей алпразолама в России. Оказывает анксиолитическое, снотворное, седативное, противосудорожное действие. Уменьшает беспокойство, чувство тревоги, страха, напряжения. Стабилизирует состояние вегетативной нервной системы. Оказывает антидепрессивное влияние. В терапевтических дозах не вызывает изменений со стороны сердечнососудистой и дыхательной системы. Выводится в основном почками. Препарат противопоказан при глаукоме, тяжелых нарушениях функции печени и почек, миастении, эпилепсии, во время беременности, в возрасте до 18 лет. Назначается по 0,25-0,5 мг 3 раза в сутки с постепенным увеличением дозы до наступления эффекта. Выпускается в таблетках по 0,25, 0,5, 1 и 2 мг, в упаковке 30 шт **[**3**].**

## **Рогипнол:** оказывает снотворное, анксиолитическое, миорелаксирующее, противосудорожное действие. Вызывает физиологический сон без нарушения фаз. Снотворный эффект развивается через 20-45 минут и продолжается 6-8 часов. Противопоказан при миастении, глаукоме, тяжелых поражениях печени и почек, беременности. Во время лечения кормящим матерям следует приостановить грудное вскармливание. Назначается по 0,5-1 мг за 20 мин до сна. Выпускается в таблетках по 1 мг, в упаковке 10, 20 и 30 шт.

## **Нитразепам:** производное бензодиазепина. Оказывает выраженное снотворное, седативное, а также противосудорожное и миорелаксирующее действия. Взаимодействует со специфическими рецепторами, активируя которые повышает чувствительность к медиатору. Уменьшает возбудимость клеток в подкорковых областях мозга. После приема внутрь быстро и полностью всасывается. Максимальная концентрация в крови достигается через 2-3 часа. Хорошо проникает через гематоэнцефалический барьер. Препарат принимают внутрь в дозе 5-10 мг перед сном в течение 7-10 дней. Детям при миоклонических судорогах - 0,3 мг/кг в сутки в 3 приема. Форма выпуска: таблетки по 5 мг, в блистере 10 штук, в упаковке - 2 блистера.

## **Фронтин:** транквилизатор из группы производных бензодиазепина, активным веществом которого является алпразолам. Оказывает анксиолитическое, седативное, противосудорожное, центральное миорелаксирующее действие. При экзогенных депрессиях оказывает антидепрессивное действие. В терапевтических дозах не вызывает изменений со стороны сердечнососудистой и дыхательной системы. Фронтин применяется для лечения неврозов и психопатий, сопровождающихся чувством беспокойства, тревоги; реактивных депрессивных состояний (в частности, на фоне соматических заболеваний). Дозу устанавливают индивидуально и корригируют в процессе лечения в зависимости от достигнутого эффекта и переносимости. При длительном применении препарата возможно развитие привыкания и лекарственной зависимости. При быстром снижении дозы или резком прекращении приема препарата возможно развитие синдрома отмены. Эффективность и безопасность применения Фронтина у пациентов моложе 18 лет не установлены. Выпускается в форме таблеток с различным содержанием активного вещества - 0,25, 0,5 и 1 мг.

Оказывает анксиолитическое, седативное, снотворное, противосудорожное действие. Уменьшает эмоциональную напряженность, чувство тревоги и страха. Быстро и полно всасывается после приема внутрь. При длительном употреблении необходим контроль картины периферической крови. В период лечения не допускается употребление алкоголя. Противопоказан при беременности, лактации, миастении, лекарственной и алкогольной зависимости. Назначается по 1 ,5-3 мг на ночь за 30-40 мин до сна, при необходимости дозу можно увеличить до 6 мг. Выпускается в таблетках по 1,5 и 3 мг, в упаковке за и 100 шт., и по 6 мг, в упаковке 30 шт.

**Бензодиазепины длительного действия:** флуразепам, (Беназил), диазепам (Aпаурин, Седуксен, Реланиум, Валиум Рош, Диазепам Никомед, Диазепам Ратиофарм, Диазепекс, Сибазона раствор для инъекций 0,5%, Сибазона таблетки, Сибазона таблетки, покрытые оболочкой, для детей), хлордиазепоксид (Элениум, Напотон), феназепам (Феназепам).

## **Беназил:** оказывает снотворное и анксиолитическое действие. Уменьшает страх, эмоциональную напряженность и тревогу. Вызывает сон, по структуре близкий к физиологическому, сокращает период засыпания, уменьшает число пробуждений. Развитие снотворного эффекта связано, в основном, с устранением негативной невротической симптоматики. Хорошо всасывается из ЖКТ. Противопоказан беременным, детям до 18 лет, при приступах апноэ во / сне, кормлении грудью. Назначается внутрь по 15-30 мг перед сном в течение 7-10 дней.

## **Апаурин:** оказывает противотревожное, противосудорожное, миорелаксирующее, седативное действие. Препарат удобно применять в детском возрасте, т. к. выпускается в таблетках по 2 мг. Наличие оболочки на таблетках позволяет безбоязненно применять препарат у больных с гастритами, язвенной болезнью, т. к. не происходит раздражения слизистой желудка. Противопоказания: острые заболевания печени и почек, миастения, I триместр беременности, лактация. Назначается в дозе от 2 до 5 мг перед сном. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, по 2 и 5 мг, в упаковке 30 шт.; в растворе для инъекций по 10 мг (в ампуле по 2 мл), 10 шт. в упаковке.

## **Реланиум:** оказывает анксиолитическое, седативное, снотворное, противосудорожное и мышечно-расслабляющее действие. Таблетки покрыты оболочкой, что препятствует раздражению слизистой оболочки желудка. Препарат регулярно поставляется на рынок и является одним из двух наиболее популярных и применяемых в России препаратов-транквилизаторов. Хорошо всасывается из ЖКТ, выводится в основном с мочой. Противопоказан при расстройствах дыхания центрального происхождения, головокружении, нарушении сознания, глаукоме, миастении, беременности, лактации. Применяется в дозе 5-10 мг перед сном. Пожилым и ослабленным больным рекомендуется 1/2 обычной дозы. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, по 5 мг, в упаковке 20 шт.; в растворе для инъекций по 10 мг - 2 мл в ампулах.

## **Седуксен:** оказывает транквилизирующее, мягкое седативное, миорелаксирующее, противосудорожное, спазмолитическое действие. Очень популярный в России препарат, существует долгое время на рынке лекарственных препаратов, высокоэффективен, хорошо себя зарекомендовал. Раствор в ампуле содержит местный анестетик, что уменьшает болезненные ощущения при инъекциях. Быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Проникает через плацентарный барьер и в грудное молоко, что необходимо учитывать при назначении беременным женщинам и кормящим матерям. Выводится в основном почками и частично с калом. Препарат противопоказан при глаукоме, тяжелой миастении, в I триместре беременности, в детском возрасте. Назначается в дозе 5-10 мг перед сном. Не допускается смешивание препарата в одном шприце с другими препаратами (выпадение осадка на стенках шприца). Выпускается в таблетках по 5 мг, в упаковке 20 шт.; в растворе для инъекций по 10 мг - 2 мл в ампуле.

## **Сибазона** таблетки, покрытые оболочкой, для детей для лечения нарушений сна: оказывает транквилизирующее, мягкое седативное, миорелаксирующее, противосудорожное, спазмолитическое действие. Единственный препарат содержащий оптимальную дозировку и удобный к применению у детей от 1 года до 3 лет. Быстро всасывается из желудочно-кишечного тракта. Назначается в дозе 1-3 мг перед сном. Выпускается в таблетках, по крытых оболочкой, по 1 мг, в банке 20 шт.

## **Напотон:** оказывает анксиолитическое, снотворное, миорелаксирующее, седативное действие. Препарат удобен в дозировании как у взрослых, так и у детей и пожилых больных потому, что выпускается в двух дозировках. Хорошо всасывается из ЖКТ, выводится в основном почками. Препарат может назначаться детям с 4 лет, так как выпускается и в детской дозировке. В начале лечения может вызывать сонливость, замедление реакций, нарушение памяти, головокружение, однако в процессе лечения эти симптомы чаще всего проходят. Назначается по 5-10 мг на ночь. Выпускается в драже по 5 и 10 мг, в коробке 30 шт.

## **Феназепам:** оказывает миорелаксирующее, выраженное седативное, снотворное, противосудорожное, анксиолитическое действие. У Феназепама чрезвычайно выражено седативное действие, что следует учитывать у пациентов, работа которых требует повышенного внимания. Быстро и полно всасывается из желудочно-кишечного тракта. При применении совместно со снотворными и наркотическими средствами происходит взаимное усиление влияния на центральную нервную систему. Противопоказан при тяжелых поражениях печени и почек, беременности, миастении. Назначается при нарушениях сна по 0,5-1 мг за 40-50 мин до предполагаемого сна. В связи с высокой активностью Феназепама высока вероятность возникновения таких побочных эффектов, как сонливость, мышечная слабость, головокружение. Выпускается в таблетках по 0,5 и 1 мг, в упаковке 50 шт. и по 2,5 мг, в упаковке 20 шт.

## **Элениум:** оказывает противотревожное действие, которое сочетается с мягким седативным и снотворным эффектами. Обладает мышечнорелаксирующим действием. К достоинствам препарата можно отнести высокую эффективность, длительный срок хранения (около 5 лет). Помимо этого, препарат давно существует на российском рынке, хорошо известен и положительно зарекомендовал себя. Быстро и полно всасывается из желудочно-кишечного тракта, действие начинается через 30-40 мин после приема внутрь и достигает максимума к 60-й минуте. Нельзя резко отменять прием препарата из-за возможного возбуждения, нарушения сна, снижения аппетита. Усиливает действие алкоголя, при длительном приеме возможно развитие лекарственной зависимости. Препарат противопоказан при миастении, беременности, кормлении грудью. Назначается при нарушениях сна по 10-20 мг 1 раз за 1-2 часа до сна. Выпускается в драже по 10 мг, в упаковке 50 шт.

В последнее время все чаще применяют **небензодиазепиновые средства**, обладающие меньшим риском толерантности (привыкания) и зависимости: доксиламин (Донормил), зопиклон (Имован), золпидем (Ивадал), гидроксизин (Атаракс), мелатонин (Мелаксен).

## **Донормил:** активным веществом препарата является доксиламина сукцинат. Активным веществом препарата является доксиламина сукцинат. Донормил показан при расстройствах сна и бессоннице (нарушения засыпания, раннее пробуждение). Выраженность седативного действия препарата сопоставима с барбитуратами, но в отличие от них Донормил не вызывает привыкания, развития физической или психической зависимости. Оказывая седативный эффект, препарат значительно сокращает время засыпания, повышает длительность и качество сна, не изменяя его фаз, то есть восстанавливает нормальный физиологический сон. Донормил выпускается в двух лекарственных формах - в виде таблеток, покрытых оболочкой, и в виде шипучих таблеток. 1 сухая таблетка содержит доксиламина сукцината 15 мг, в тубе 30 шт., в упаковке 1 туба; 1 - "шипучая" таблетка - 15 мг, в тубе 10 шт., в коробке 2 тубы**[**10**].** Принимают внутрь по 1/2-1 таблетке (в зависимости от индивидуальной чувствительности пациента) за 15 мин до сна, запивая небольшим количеством воды. -"Шипучие" таблетки предварительно растворяют в 1/2 стакана воды. Противопоказания: гиперчувствительность, глаукома, уретропростатические нарушения, беременность, лактация, детский возраст до 15 лет. Во время применения препарата не рекомендуется употреблять алкоголь. На фоне лечения препаратом показано соблюдение диеты с ограничением содержания поваренной соли.

## **Имован:** оказывает снотворное и седативное действие. Укорачивает период засыпания, не меняет фазовую структуру сна, улучшает цикличность сна. Не вызывает разбитости и сонливости утром следующего дня. Уменьшает количество ночных пробуждений. Сон наступает в течение 30 мин и длится 6-8 часов. Уменьшает головные боли. Повторные приемы зопиклона не сопровождаются накоплением препарата в организме. Не вызывает привыкания. Быстро и полно всасывается из ЖКТ. Противопоказан детям до 15 лет, при беременности, кормлении грудью, дыхательной недостаточности. Назначается внутрь перед сном по 1 таб. (7,5 мг) в течение 4 недель (не более). Выпускается в таблетках по 7,5 мг, в упаковке 10 и 20 шт. Представлен еще под названием Сомнол Гриндекс (Гриндекс, Латвия).

## **Ивадал:** оказывает снотворное, седативное, противосудорожное, анксиолитическое, миорелаксирующее действие. При транзиторной инсомнии у пожилых пациентов улучшает способность к засыпанию, увеличивает продолжительность и улучшает качество сна, уменьшает число пробуждений. При хронической бессоннице улучшает способность к засыпанию (в течение 4 недель), но незначительно влияет на частоту ночных пробуждений. Препарат противопоказан детям до 15 лет, при беременности и лактации. Назначается внутрь непосредственно перед сном однократно по 0,5-1 таб., но не более 4 недель. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, делимых, по 10 мг, в упаковке 7 и 20 шт[14].

В качестве альтернативы бензодиазепинам применяют **антидепрессанты с седативным действием**, которые не вызывают привыкания и полезны пожилым больным, а таккже лицам, страдающим депрессиями и хронической болью: амитриптилин Доксепин, миансерин (Леривон), тразодон (Триттико). Тем не менее, значительное число побочных эффектов ограничивает применение этих препаратов.

## **Амитриптилин:** оказывает антидепрессивное, антипаническое, успокаивающее, седативное, антидиуретическое (задерживает жидкость) действие. Уменьшает тревогу, антидепрессивное действие развивается в течение 2-3 недель после начала лечения. Препарат хорошо узнаваем, т. к. название совпадает с международным непатентованным наименованием, существует на рынке более 6 лет, имеется инъекционная форма выпуска. Быстро и хорошо всасывается из ЖКТ, легко проникает через плаценту и в грудное молоко. Не следует внезапно прекращать прием препарата. Противопоказан во время беременности, при глаукоме, гипертрофии предстательной железы, атонии мочевого пузыря, эпилепсии, паралитической непроходимости кишечника. Назначается внутримышечно (вводится медленно) по 10-30 мг до 3-4 раз в сутки. Увеличение дозы проводится постепенно. Выпускается в растворе для инъекций с содержанием амитриптилина 20 мг в 2 мл (амп. по 2 мл), в упаковке 10 ампул.

## **Доксепин:** оказывает антидепрессивное, анксиолитическое, седативное, противоязвенное действие. Препарат малотоксичен в терапевтических дозах, высокоэффективен. Снимает депрессию, повышает настроение, устраняет апатию, подавленность - состояние внутреннего напряжения и страха. Быстро и полно всасывается из ЖКТ. Противопоказан при нарушениях проводимости сердца, глаукоме, аденоме предстательной железы, беременности, лактации, а также детям до 12 лет. Назначается по 12,5-25 мг на ночь за 40 минут до сна. Выпускается в капсулах по 10 и 25 мг, в упаковке 30 шт.

## **Леривон:** антидепрессант с седативным компонентом. При этом его особенностью является анксиолитическое действие и позитивное влияние на сон. Хорошо всасывается из ЖКТ. Противопоказан при нарушениях функции печени и маниакальном синдроме. Назначается по 30-90 мг в сутки, предпочтительнее на ночь, учитывая положительное влияние на сон. После достижения эффекта лечение целесообразно продолжить в течение еще нескольких месяцев. Выпускается в таблетках по 30 мг, в упаковке 20 шт.

## **Триттико:** антидепрессант широкого спектра действия с преимущественно анксиолитическим и седативным эффектами. Действующим веществом препарата является тразодон. Обладает выраженным антидепрессивным эффектом, проявляющимся уже к концу первой недели лечения, быстро воздействует на состояние тревоги, сопровождающей депрессию. Высокоэффективен при расстройствах сна, увеличивает его глубину и продолжительность, стабилизирует эмоциональное состояние. Триттико не вызывает привыкания при длительном применении. У пациентов с бензодиазепиновой зависимостью препарат эффективно воздействует на тревожно-депрессивные состояния и расстройства сна. Способствует восстановлению потенции и либидо. Благодаря отсутствию антихолинергического эффекта возможно назначение Триттико пожилым людям, страдающим доброкачественной гиперплазией предстательной железы, глаукомой, сердечнососудистыми заболеваниями. Выпускается в форме таблеток с контролируемым высвобождением действующего вещества, что позволяет обеспечить высокое качество жизни пациентов**[**3**].**

**Нейролептики с седативным эффектом** применяют только у больных со спутанностью сознания при недостаточном эффекте других групп препаратов. К ним относятся алимемазин (Терален) и Хлорпротиксен.

## **Тизерцин:** действующим веществом препарата является левомепромазин-нейролептик фенотиазинового ряда. Оказывает антипсихотическое действие. Купирует психомоторное возбуждение, вызывает седативный эффект, обладает некоторой антидепрессивной активностью. Оказывает анальгезирующее и умеренное противорвотное действие. Обладает выраженной адреноблокирующей, умеренной холиноблокирующей и антигистаминной активностью. Вызывает артериальную гипотензию. Основными показаниями к применению препарата являются: психомоторное возбуждение различной этиологии (в том числе МДС, алкогольный психоз); невротические расстройства с повышенной возбудимостью; заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом (в том числе невралгия тройничного нерва, неврит лицевого нерва, опоясывающий герпес); зудящие дерматозы (как средство дополнительной терапии). Также препарат используют для потенцирования действия анальгетиков, антигистаминных препаратов, средств для наркоза. В составе комбинированной терапии назначают приэпилепсии, олигофрении. Одновременное применение Тизерцина и препаратов, оказывающих угнетающее действие на центральную нервную систему, приводит к усилению центрального депрессивного действия. Пациентам, принимающим данный препарат, следует воздерживаться от употребления алкоголя. Выпускается в форме таблеток, покрытых оболочкой, и раствора для инъекций.

## **Хлорпротиксен:** препарат оказывает нейролептическое, антипсихотическое, противорвотное, противосудорожное действие. При приеме внутрь быстро всасывается. Действие наступает через 20 минут. Лечение начинают с низких доз с постепенным повышением до исчезновения признаков заболевания, затем дозу плавно снижают. Ви время лечения следует избегать приема алкоголя, воздействия экстремальных температур, инсоляции, потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстроты реакции. Назначается по 30-50 мг 3 раза/сут. Выпускается в таблетках, покрытых оболочкой, по 50 мг, в упаковке 30 шт.

## При непереносимости дофаминергических средств применяют бензодиазепины на ночь. Но они иногда вызывают толерантность и лекарственную зависимость, поэтому их целесообразнее применять эпизодически. Нейролептики и антидепрессанты (за исключением тразодона и ингибиторов МАО) почти всегда ухудшают состояние.

**Барбитураты в качестве средств монотерапии при бессоннице** в настоящее время практически не используются, так как для них в большей степени, чем для рассмотренных выше средств, характерны различные осложнения. Некоторый интерес представляет препарат Реладорм, являющийся комбинацией циклобарбитала и бензодиазепинового транквилизатора диазепама.

Быстрому засыпанию и более качественному сну способствует рассасывание в полости рта таблеток Глицина.

## **Глицин: -** это естественная для организма аминокислота, выполняющая в центральной нервной системе своеобразную тормозную функцию - ограничение распространения возбуждения по структурам мозга. Глицин является регулятором обменных процессов в мозге, нормализует баланс процессов возбуждения и торможения в ЦНС за счет ограничения возбуждения и предотвращения истощения тормозных механизмов. Он обладает отчетливым антистрессовым (но не успокаивающим или противотревожным, как другие противострессовые препараты) действием, улучшает умственную работоспособность. В отличие от транквилизаторов, длительный прием Глицина не вызывает побочных эффектов, не сопровождается формированием зависимости и синдромом отмены. Прием препарата оказывает отчетливый положительный эффект при различных стрессовых ситуациях, при функциональных или органических заболеваниях нервной системы (неврозы, астенические состояния и реакции, вегето-сосудистая дистония, последствия нейроинфекций и черепно-мозговых травм), сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной неустойчивостью, снижением умственной работоспособности и нарушением сна. При выраженной психоэмоциональной напряженности, при водящей к нарушениям сна, Глицин принимают по 1 таблетке через каждый час (до 10 таблеток в сутки) до достижения положительного эффекта. При нарушениях сна - по 2 таблетки за 20 минут до сна или непосредственно перед сном. Глицин следует обязательно рассасывать в полости рта, так как при приеме внутрь в тканях мозга поддерживается слишком маленькая концентрация препарата. В последнее время Глицин стал более широко применяться для профилактики и лечения острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, при атеросклерозе мозговых сосудов, вегето-сосудистых расстройствах и артериальной гипертонии. Самостоятельное важное социальное значение имеет применение Глицина у подростков переходного возраста. Он ослабляет психоэмоциональные реакции и делает их более адекватными обстановке, уменьшается агрессивность, раздражительность, конфликтность (поведение становится более разумным). Важным эффектом приема препарата является снижение потребности в потреблении алкогольных напитков, а также уменьшение неблагоприятного действия алкоголя и продуктов его распада (ацетальдегида) на нервные клетки. Эти свойства препарата нашли применение в профилактике и лечении алкоголизма.

## Кроме Глицина, из естественных для организма веществ снотворным эффектом обладает гамма-аминомасляная кислота (препараты Гаммалон, Аминалон) и ее производные (например, Фенибут). Особенностью этих препаратов является то, что они эффективно устраняют бессонницу, связанную с нарушением засыпания при психоэмоциональном напряжении, у людей с повышенной тревожностью, быстрыми сменами настроения. При приеме внутрь через 40-60 минут возникает ощущение спокойствия, и наступает сон. К этим препаратам не формируется пристрастия, они способствуют эффективному восстановлению организма во время ночного сна; у пожилых людей уменьшаются проявления атеросклероза мозговых сосудов.

**Вывод:** в настоящее время имеется три поколения снотворных препаратов , принадлежащих к различным классам и имеющих различные механизмы действия, эффективность, переносимость, безопасность. Первое поколение: барбитураты, антигистаминные препараты, пропандиол, хлоралгидрат, паральдегит; второе поколение: производные бензодиазепинов; третье поколение: небензодиазепиновые гипнотики, включающие производное циклопирролонов и производное имидазопиридина; этпноламины (доксиламин), мелатонин (мелаксен).

**ГЛАВА 3. РЕЙТИНГ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ**

Хронической бессонницей страдает один из десяти взрослых. Расстройству сна больше подвержены женщины любого возраста и пожилые люди.

Проанализировав рейтинг аптечных продаж в различных аптечных сетях города Курска и Белгорода мы составили рейтинг препаратов, которые часто реализуются при данном заболевании. Опрос был проведен в следующих аптеках: "Аптечный дом" , "Целитель" и "Аптечные традиции".

Наибольшим спросом среди пожилых людей пользуются препараты ДОНОРМИЛ и ИВАДАЛ-это препараты, которые отпускаются из аптек по рецепту врача, а также и другие препараты: Зопиклон (Имован), Мелатонин (Мелаксен),Элениум, Триазолам, Ксанакс. Еще большим спросом пользуются препараты с седативным действием такие как: Ново-Пассит, Персен, Дормикум.

**Рекомендуемые дозы препаратов при нарушениях сна**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Нач. доза, мг | Сут. доза, мг |
| Донормил | 7,5 | 7,5-15 |
| Альпразолам (альзолам, ксанакс, неурол) | 0,5 | 0,5-2 |
| Бротизолам (лендормин) | 0,25 | 0,25-0,5 |
| Золпидем (нитрест, ивадал) | 5 | 5-10 |
| Зопиклон (имован) | 3,75-7,5 | 7,5-15 |
| Хлордиазепоксид (элениум) | 20-30 | 30-60 |
| Триазолам (хальцион) | 0,5 | 0,5-1 |

**Вывод:** На российском рынке широко представлены препараты различных фармакологических групп и имеющих различные механизмы действия, эффективность, переносимость, безопасность.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате изучения фармакотерапии нарушения сна были сделаны следующие выводы.

Бессонницей считают нарушения сна в течение месяца не менее трех раз в неделю. Основной причиной бессонницы в настоящее время являются психологические проблемы, такие как хронические стрессовые ситуации, нервозы, депрессия и другие.

Сюда же можно отнести умственное переутомление, которое проявляется как утомляемость при небольших нагрузках, сонливость днем, но невозможность заснуть ночью, общая слабость, вялость.

Нарушение сна часто сочетается с неврологическими и психиатрическими заболеваниями, они взаимно усугубляют друг друга.

К развитию бессонницы приводят различные этиологические факторы:нервные перенапряжения, общие инфекции и интоксикации, органические и функциональные заболевания нервной системы, сердца, легких, почек и т.д. Но главная причина бессонницы в настоящее время - нервно-психические переутомления и перенапряжения (стрессы), эмоциональные нарушения с преобладанием тревожного и депрессивного настроения, лишенная системы и размеренности жизнь.

Принятие решений при фармакотерапии нарушений сна: целесообразность и показания к назначению лекарственного препарата; выбор лекарственного препарата; выбор оптимальной дозы; оценка клинического эффекта; замена препарата в случае отсутствия эффекта; выявление возможных побочных эффектов и их коррекция; продолжительность приема препарата.

На российском рынке широко представлены препараты различных фармакологических групп и имеющих различные механизмы действия, эффективность, переносимость, безопасность для диагностики и лечения нарушений сна.

Залог успеха - в комплексном подходе, сочетающем как медикаментозные, так и немедикаментозные методы лечения, в осознанном, активном участии пациента в процессе лечения.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Аведисова А.С. Гипнотики: от фенобарбитала к Ивадалу // Русский медицинский журнал, 2012. - №2. - с. 60-65.

.Байкова И.А. Психофармакологическое и психотерапевтическое лечение нарушений сна: Учебно-методическое пособие. - Мн.: БелМАПО, 2004. - 27 с.

. Борисова, Е.О. Использование снотворных средств: проблемы и достижения // Новые лекарственные препараты, 2012. - № 4. - с. 3-24.

. Вейн A.M. Медицина сна / Избранные лекции по неврологии; под ред. проф. В.Л. Голубева. М.: Эйдос Медиа, 2006. - с. 12-20.

. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы / Под ред. проф. Я.И. Левина. М.: Медпрактика, 2005. - 115 с.

. Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон. - М.: Нейромедиа, 2004. - 98 с.

. Левин Я.И. Инсомния: современные диагностические и лечебные подходы. - М.: Медпрактика, 2007. - 116 с.

. Маркин С.В. Диагностика и лечение расстройств сна // Рос. мед. журн., 2008. - №12. - с. 1677-1681.

. Маркин С.П. Лечение расстройств сна у людей пожилого возраста с нарушением когнитивных функций // Consilium medicum. 2009. - №2. - с. 55-60.

. Смулевич А.Б., Павлова Л.К., Железнова М.В. Применение препарата Донормил при лечении нарушений сна средней и легкой степени выраженности // Независимое издание для практикующих врачей [Электронный ресурс] - режим доступа: http://www.rmj.ru/articles\_3477.htm

. Соловьева С.Л., Успенский Ю.П., Балукова Е.В. Депрессия в терапевтической клинике. - СПб.: ИнформМед, 2008. - 204 с.

. Стрыгин К.Н., Левин Я.И. Современная терапия инсомнии: роль зопиклона // Consilium Medicum, 2010. - №1. - с.39−40.

. Фирсова Л.Д. Больные пожилого возраста: проблема нарушений сна // Consilium Medicum, 2008. - №12. - с.61−64.

14. Шмырев В.И., Клачкова Л.Б. Открытое многоцентровое исследование Золпидема (Ивадал) при лечении инсомнии // Фарматека [Электронный ресурс] - режим доступа: <http://www.pharmateca.ru/ru/archive/article/5946>