**Транквилизаторы и снотворные средства**

Общим правилом является то, что если у людей получающих психотропные препараты - снотворные средства, транквилизаторы, антидепрессанты или антипсихотические средства - ухудшается самочувствие, то первоочередной мерой должно являться уменьшение дозы или прекращение приема препарата, а не добавление в схему лечения другого лекарственного средства.

**Транквилизаторы**

В дискуссии об использовании транквилизаторов и снотворных средств эксперты Всемирной Организации здравоохранения (ВОЗ) утверждают следующее: "Беспокойство является нормальной реакцией на стресс и медикаментозную терапию следует начинать только в случаях чрезмерного беспокойства, которое делает невозможным нормальную жизнедеятельность. Длительный прием... неэффективен, его следует избегать... Кратковременное использование (менее двух недель) минимизирует риск развития лекарственной зависимости." Ими также сделан следующий вывод: "Элементарное обсуждение причин, вызвавших бессонницу и беспокойство, а также информирование пациента о недостатках медикаментозной терапии часто позволяет помочь пациентам не прибегая к назначению лекарственных препаратов".

Два исследования альтернативных методов лечения убедительно показали, что в огромном большинстве случаев назначение транквилизаторов и снотворных препаратов не является необходимым. 90 пациентов, страдавших главным образом от беспокойства, были случайным образом разделены на две группы. Первая группа получала обычную дозу транквилизатора группы бензодиазепинов. Другая группа получала альтернативное лечение, заключавшееся в "выслушивании, разъяснении, советах и успокаивании". Оба метода лечения имели равную эффективность, но пациенты второй группы были более удовлетворены результатами лечения, чем пациенты группы, получавшей транквилизаторы.

Во втором исследовании пациентам с хроническим беспокойством давали один из трех транквилизаторов или плацебо (таблетки сахара). Оценки уровня беспокойства проводились еженедельно самими пациентами и профессиональными экспертами, в конце месяца результаты показали, что "все четыре метода лечения одинаковы по терапевтической эффективности в случаях выраженного беспокойства". Следовательно, плацебо так же эффективно, как и транквилизаторы.

Столкнувшись с падением продаж сибазона (ВАЛИУМ) в начале 1980-ых годов, Roche (и другие производители данного препарата) начали проводить агресивную рекламную политику нацеленную на его применение у пожилых пациентов. Серия красиво иллюстрированных брошюр под названием "семинары Roche по старению" была разослана врачам в 1982 г. Roche рекомендовала сибазон как подходящее средство для пожилых людей с "ограниченными" возможностями, которые страдают "не только от своих ограниченных физических способностей, но и от социальных условий и среды обитания". Рекламная кампания успешно сработала, поскольку частота использования транквилизаторов у людей 60 лет и старше между 1980 г. и 1985 г. значительно возросла, особенно у пожилых женщин.

Тот факт, что более 1,7 млн людей 65 лет и старше ежедневно использовали транквилизаторы в течение по крайней мере года, является наилучшим свидетельством злоупотребления этими препаратами. Если принять во внимание, что эффективность применения таких препаратов в течение более четырех месяцев сомнительна, то число пожилых людей, применяющих транквилизаторы в течение более длительного периода, ошеломляет - среднее число таблеток (160), которое каждый из 10 млн потребителей транквилизаторов в 60 лет и старше покупает в год, достаточно для ежедневного приема в течение более 5 месяцев.

**Снотворные средства**

Избыточное или ошибочное назначение снотворных препаратов приводит к тому, что около полумиллиона людей принимают такие препарата ежедневно в течение по крайней мере месяца. Поскольку не доказано, что такие средства эффективны в течение этого или большего времени, то все эти пациенты подвергают свое здоровье без всяких на то оснований.

Количества снотворных средств группы бензодиазепинов, которое в среднем назначается пациентам в год, достаточно на пять месяцев, что в 5 - 10 раз больше времени их доказанной эффективности. Следовательно, снотворные препараты назначаются ошибочно в от 80 до 90% случаев использования.

Увеличение частоты использования таких средств стало предметом выводов и рекомендаций в обширном исследовании Института Медицины Национальной академии наук в 1979 г. Говоря об использовании таких средств, исследователи делают следующий вывод: "снотворные препараты могут иметь только ограниченное использование в рядовой медицинской практике: трудно научно обосновать большинство назначений снотворных препаратов. При стандартном амбулаторном лечении комиссия рекомендует назначение очень ограниченного количества препарата достаточного для приема в течении нескольких дней... Пожилым пациентам снотворные препараты должны назначаться с особенной осторожностью и лишь эпизодически".

Комментируя специфику использования снотворных препаратов у пожилых людей, авторы отмечают: "Особенную озабоченность вызывает регулярный и длительный прием данной группы лекарственных средств, что имеет само по себе имеет сомнительную терапевтическую эффективность и приводит к возрастанию риска развития негативных эффектов от приема снотворных."

Хотя пожилые люди чаще, чем более молодые, жалуются на нарушения сна, исследования показали, что время засыпания с возрастом не возрастает, а полное время сна уменьшается очень ненамного, если вообще уменьшается. Бессонница чаще всего возникает у пожилых людей, которые рано ложатся спать, и, кроме того, часто спят в течение дня. Таким образом, исследователи заключают, что "нужно отказаться от дневного сна вместо того, чтобы лечить вызванную им ночную бессонницу."

Доктор Маршалл Фолштайн (Marshall Folstein), психиатр госпиталя Джона Хопкинса и эксперт по болезни Альцгеймера, утверждает, что "крайне редко можно найти пожилых людей, которым они (снотворные препараты) действительно необходимы".

Еще одна опасность - это завышенные дозировки. Исследование дозировок снотворных препаратов показало, что большинство (почти 80%) людей 65 лет и старше принимают "чрезмерную дозу" флуразепама (30 мг), хотя для пожилых людей рекомендуется доза в 15 мг. (В этой книге мы включили флуразепам в категорию "Не использовать.") Принимая во внимание рекомендации Национальной Академии Наук, в которых говорится, что снотворные препараты должны использоваться лишь в ограниченном количестве случаев, все возрастающая частота назначений этих лекарственных средств пожилым людям - особенно на длинные периоды времени -, представляет серьезную угрозу их здоровью.

В чем заключаются основные опасности применения снотворных средств и транквилизаторов?

Лекарственная зависимость, сонливость в дневное время, амнезия, возрастающий риск автопроисшествий, плохая координация, приводящая к падениям и переломам бедра, ухудшенная способность к обучению, путанная речь и даже летальный исход являются побочными эффектами данных препаратов. Это особенно вероятно при приеме этих лекарственных средств вместе с алкоголем или другими препаратами, угнетающими ЦНС. Это может случиться с любым человеком в любом возрасте.

Организм пожилых людей не может выводить подобные препараты так же быстро, как у более молодых людей. Пожилые люди также более чувствительны к побочным эффектам лекарственных средств. Несмотря на очевидность этого факта, пожилым людям, во-первых, чаще назначаются транквилизаторы и снотворные средства, во-вторых, они обычно получают стандартную, а не уменьшенную дозу, что могло бы снизить риск развития побочных эффектов, в-третьих, им предписывается прием этих препаратов в течение более долгих периодов времени, чем более молодым людям. Следовательно, не является неожиданностью, что пожилые люди более подвержены риску возникновения негативных эффектов, а если такие эффекты имеют место, то они, как правило, более выражены. Одним из самых больших препятствий для детектирования и элиминации подобных проблем является то, что возникающие проблемы связывают с процессом старения, а не с приемом лекарственных препаратов. Ухудшение процессов мышления, амнезия, ухудшением обучения или потеря координации у более молодых людей при приеме препарата воспринимается как сигнал тревоги. Если те же симптомы появляются у пожилых людей, особенно если они развиваются достаточно медленно, то реакция врача часто сводится к замечанию: "ну, он (она) уже состарился, что же Вы ожидали?". Такой подход приводит к усугублению негативных эффектов, поскольку врач продолжает ранее начатую медикаментозную терапию.

Исследование пожилых людей с переломом бедра показало, что 14% таких повреждений связано с использованием психотропных препаратов, включая снотворные средства, транквилизаторы, антипсихотические средства и антидепрессанты, особенно такие средства, как сибазон, хлозепид и флуразепам.

Другим серьезным негативным эффектом бензодиазепинов угнетение дыхания. У пожилых людей часто наблюдаются приступы апноэ во сне, когда после засыпания дыхание останавливается. Доктор Вильям Демент (William Dement), эксперт по исследованию сна, установил, что у пожилых людей, использующих снотворные препараты дыхание может останавливаться на опасно длительные промежутки времени, как результат подавления снотворными препаратами дыхательного центра. Он также говорит о государственной важности данной проблемы: люди старше 65 лет не должны использовать флуразепам из-за повышенного риска приступов апноэ. Второй проблемой в этой категории являются заболевания легких. Люди с серьезными заболеваниями легких не должны использовать бензодиазепины, вследствие того, что они угнетают дыхательный центр, что может быть опасным для жизни. Пациенты, страдающие от астмы, также должны избегать снотворных препаратов и транквилизаторов.

**Снижение риска при приеме снотворных препаратов и транквилизаторов**

Наилучший способ уменьшить риск возникновения негативных эффектов - это избегать приема данных препаратов кроме как в случаях крайней необходимости.

Альтернативные методы лечения хронического беспокойства

Как отметил британский психиатр доктор Малколм Ладер (Malcolm Lader), "до недавнего времени большинство пациентов с симптомами хронического беспокойства в Великобритании назначались транквилизаторы, обычно бензодиазепины. Однако учащающиеся сообщения о развитии лекарственной зависимости даже при назначении нормальных терапевтических дозировок, привели к пересмотру стратегии лечения хронического беспокойства в пользу немедикаментозных методов лечения".

Два врача из Великобритании использовали нелекарственные методы терапии для лечения легкой или средней формы синдрома хронического беспокойства и аналогичных заболеваний. Они утверждают, что "вероятно, наилучшим методом лечения является консультация врача общей практики или любого другого медицинского работника. Такая консультация не должна быть чрезмерно интенсивной и она не требует никакой специальной подготовки. Подобная консультация всегда должна включать в себя тщательное установление причин возникновения заболевания. Когда это сделано, то бессонница часто может быть редуцирована до допустимых уровней с помощью стандартных психотерапевтических методов воздействия".

Что можно сделать еще? Разговор с людьми, не имеющими отношения к медицине- другом, супругом, родственником, представителем духовенства может помочь определить причины беспокойства и найти решение. Набраться смелости и поговорить о трудностях - это лучшее решение, чем прием таблеток. В некоторых случаях бессонницу можно лечить психотерапией. Регулярные физические упражнения также могут улучшить процесс засыпания.

Кроме того, прием пищи, напитков и лекарственных средств, обладающих значительными стимулирующими эффектами, также может вызвать бессонницу.

Какие транквилизаторы и снотворные средства можно все же использовать?

Хотя мы против использования таких препаратов в большинстве случаев, особенно пожилыми людьми, в строго определенных случаях данные средства могут назначаться компетентными специалистами на короткий период времени. В аннотации FDA ко всем транквилизаторам, указывается : "бессонница или напряжения при стрессах в повседневной жизни обычно не требуют применения анксиолитиков (транквилизаторов)". Как указано в начале этого раздела, пожилые люди никогда не должны использовать барбитураты в качестве снотворных средств или транквилизаторов. Другие препарата, такие, как мепробамат, гидроксизин (АТАРАКС) и хлоралгидрат также не должны использоваться пожилыми людьми. Следовательно, в арсенале врача остаются лишь бензодиазепины - восемь транквилизаторов и пять снотворных препаратов (помимо этого, следует отметить зопиклон (ИМОВАН) - один из наиболее безопасных снотворных препаратов). Все эти препарата одинаково эффективны как транквилизаторы и снотворные препараты. "Отнесение тех или иных препаратов к транквилизаторам или к снотворным препаратам - это вопрос маркетинга, а не фармакологии."

Эти 13 бензодиазепинов отличаются друг от друга набором побочных эффектов, риск развития которых особенно высок у пожилых людей. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует, пожилым людям не использовали такое широко известное снотворное средство, как флуразепам вследствие высокой вероятности возникновения негативных эффектов.

Пожилым людям следует избегать использования и другого широко распространенного снотворного средства, триазолама, поскольку он имеет насколько короткое время действия, что может вызвать бессонницу после прекращения действия препарата, беспокойство, амнезию (забывчивость или амнезия), агрессивное поведение. В 1992 г. Public Sitizen's Health Research Group подала прошение в FDA запретить использование триазолама.

При обсуждении того, какие снотворные средства являются препаратами выбора для пожилых людей установлено, что наиболее безопасны в использовании нозепам (ТАЗЕПАМ) и темазепам (СИГНОПАМ). Установлено также, что "нозепам является самым безопасным из всех бензодиазепинов для пожилых людей", вследствия "короткого времени действия и отсутствия активных метаболитов" (т.е. веществ, в которые организм преобразует препарата и которые могут создавать негативные эффекты). Кроме того, исследования показывают, что нозепам имеет намного реже используется в качестве одурманивающего вещества, по сравнению, например с сибазоном.

При сравнительном анализе и одиннадцати бензодиазепинов с точки зрения вероятности развития амнезии (серьезная проблема, часто наблюдающаяся у пожилых людей) эксперт по лекарственной терапии у пожилых людей Петер Лэми установил, что нозепам значительно реже, чем другие бензодиазепины, вызывает ухудшение памяти.

Более молодые пациенты могут также использовать темазепам и золпидем. Однако, как указывается в аннотации на этот препарат, хотя оно и не принадлежит к классу бензодиазепинов, оно может вызывать привыкание и не должно использоваться более одной или трех недель.

Суммируя все вышесказанное, мы приходим к выводу, что единственным препаратом рецептурного отпуска, которые мы рекомендуем для ограниченного использования у пожилых людей, является нозепам (ТАЗЕПАМ).

Если Вы принимаете один из бензодиазепинов непрерывно больше нескольких недель, то у Вас есть все шансы развития лекарственной зависимости. Резкое прекращение приема препарата очень опасно. При участии Вашего доктора разработайте график, в соответствии с которым постепенно снижайте количество снотворного средства или транквилизатора в среднем на 5 - 10% в день. Это значительно уменьшит вероятность развития синдрома отмены при прекращении приема препарата.

**Правила безопасного приема нозепама**

1. Доза должна составлять от 1/3 до 1/2 обычной терапевтической дозы 52. Это означает, что самая большая начальная доза должна составлять 7,5 мг, от одного до трех раз в день, если препарат используется как транквилизатор, или 7,5 мг на ночь, если используется он в качестве снотворного средства. (Это составляет 1/2 таблетки в 15 мг.)

2. Попросите Вашего врача ограничить назначение количеством препарата достаточного для семи дней приема.

3. В конце каждого дня в период приема нозепама оценивайте самостоятельно или с помощью других людей то, что вы сделали, чтобы найти причины бессонницы. Сюда включается оценка того, что Вы сделали для устранения внешних и внутренних причин бессонницы. Ведите дневник, в котором Вы записываете эти оценки. Поскольку у Вас есть препарат только на одну неделю, то развитие привыкания маловероятно.

4. При приеме этого препарата не управляйте автомобилем и не работайте с опасными механизмами.

5. Не употребляйте алкоголь. Комбинация этого препараты, содержащие алкоголь опасно увеличивает угнетение ЦНС. Передозировка препарата в сочетании с алкоголем может быть смертельной.

6. Перед приемом нозепама убедитесь, что врач знает обо всех других принимаемых Вами препаратах, угнетающих ЦНС, таких, как антидепрессанты, антипсихотические средства, антигистаминные препараты, наркотические анальгетики, противоэпилептические препараты, другие снотворные средства. При приеме нозепама совместно с другими препаратами, обладающими седативным эффектом, опасно увеличивается риск возникновения побочных эффектов.

**Антипсихотические средства**

Антипсихотические средства (нейролептики) используются для лечения тяжелых заболеваний ЦНС, самым распространенным из которых является шизофрения. Шизофрения это заболевание, при котором люди теряют контакт с реальностью, у них возникают зрительные и слуховые галлюцинации, потеря восприятия ощущений ("плоская эмоциональная реакция"), в общем случае имеют место расстройства мышления. Психозы включают в себя нарушения деятельности ЦНС, при которых имеет место ненормальное восприятие реальности - галлюцинации и бред. В соответствии с исследованием, проведенном Национальным Институтом Психического Здоровья, шизофрения и другие формы психозов протекают по-разному у пожилых и более молодых людей.

Острые формы шизофрении диагностированы у 1,12% людей в возрасте 18 - 44 лет (симптомы за последние шесть месяцев), у 0,6% в возрасте 45 - 64 и только у 0,1% людей в 65 лет и старше 52. Другими словами число больных с острыми формами шизофрении составляет от 1/10 до 1/50 у пожилых людей по сравнению с более молодыми.

**Препараты, которые могут вызвать психозы (галлюцинации) или бред**

Для человека любого возраста с симптомами психического расстройства (например, галлюцинации) или делирия, перед началом приема антипсихотических препаратов надо тщательно выяснить, не вызваны ли эти симптомы приемом лекарственных препаратов. Для человека 60 лет и старше существует большая вероятность, что галлюцинации, делирий или другие симптомы, сходные с симптомами шизофрении, могут быть вызваны приемом перечисленных ниже препаратов или резким прекращением приема алкоголя, барбитуратов или других снотворных средств и транквилизаторов. Среди часто встречающихся препаратов, которые могут привести к появлению таким симптомов, как галлюцинации или делирий, можно выделить следующие:

\* Такие наркотические и ненаркотические анальгетики, как иднометацин (ИНДОЦИН), кетамин (КЕТАЛАР), морфин, пентазоцин (ФОРТРАЛ), и салицилаты (например, аспирин)

\* Антибиотики и другие антибактериальные средства, например, ацикловир (ЗОВИРАКС), амантидин (МИДАНТАН), амфотерицин В (ФУНГИЗОН), хлорохин (ДЕЛАГИН), циклосерин, этионамид, изониазид(НИДРАЗИД), налидиксовая кислота (НЕГРАМ), бензилпенициллин (ПЕНИЦИЛЛИН G).

\* Такие противосудрожные препараты, как этосуксимид (СУКСИЛЕП), фенитоин(ДИФЕНИН) и примидин (ГЕКСАМИДИН).

\* Антиаллергические препараты, например, антигистамины (супрастин, тавегил и т.д.).

\* Такие антипаркинсонические препараты, как леводопа и карбидопа (комбинированный препарат - п.п.) или бромокриптин (ПАРЛОДЕЛ).

\* Антидепрессанты, например, тразодон (АЗОНА) и такие трициклические антидепрессанты, как амитриптилин (АМИЗОЛ) и доксепин.

\* Такие кардиотропные средства, как препараты напрестянки (дигоксин и т.д.), лидокаин (КСИЛОКАИН) и прокаинамид (НОВОКАИНАМИД).

\* Антигипертензивные прерараты, например, клонидин (КЛОФЕЛИН), метилдопа (ДОПЕГИТ), празозин (ПОЛЬПРЕССИН) и пропранолол (ИНДЕРАЛ).

\* Tакие средства от насморка, как эфедрин, оксиметазолин (НАЗОЛ), и псевдоэфедрин.

\* Такие наркотические препараты, как амфетамины (большинство амфетаминов (например, фенамин, первитин, "экстази") не вызывают галлюцинаций. Среди амфетаминов, обладающих галлюциногенным действием, наиболее известен мескалин), РСР (фенициклидин), барбитураты, кокаин и крэк (свободное основание кокаина). Также следует отметить, что галлюцинации могут быть обусловлены случайным или намеренным употреблением в пищу некоторых наркотических растений, например отдельных видов грибов).

\* Такие транквилизаторы, как алпразолам (КСАНАКС), диазепам (РЕЛАНИУМ), и триазолам.

\* Такие стероиды, как дексаметазон (ДЕКСАВЕН) и преднизолон (ДЕКОРТИН).

\* Другие препараты, например, атропин, аминокапроновая кислота, баклофен, циметидин (ТАГАМЕТ), ранитидин (ЗАНТАК), дисульфирам (ЭСПЕРАЛЬ), гормоны щитовидной железы и винкристин (ЦИТОМИД).

Зачем выписываются антипсихотические средства при отсутствии шизофрении и других психозов

Группа психиатров и специалистов в области гериатрической фармакологии установили, что: "Польза антипсихотических препаратов для пожилых пациентов у которых отсутствуют психозы, сомнительна... Вследствие токсических реакций на такие препараты у многих пожилых пациентов развились ортастическая гипотензия, паркнсонизм, поздняя дискенезия, акатизия, сильная спутанность сознания, сухость во рту, запор, сильный седативный эффект и недержание мочи".

Одной из наиболее распространенных форм неоправданного назначения антипсихотических препаратов является их применение в качестве успокаивающих средств в домах для престарелых. Другие формы неоправданного назначения включают в себя применение нейролептиков для контролирования чрезмерного уровня возбуждения у пожилых пациентов со слабоумием, но не больных психозом и лечение хронического беспокойства. В двух различных исследованиях сделан вывод о том, что часто такие препараты дают пациентам с высокими уровнями психической и физической активности. Можно утверждать, что такие препараты часто используются, главным образом, для удобства персонала домов престарелых и сиделок, а не для лечения больных.

В другом исследовании было найдено, что "80% пожилых людей со слабоумием получают транквилизаторы (антипсихотические средства) без необходимости". Еще одни исследователи сделали вывод о том, что антипсихотические препараты "часто назначаются неправильно в качестве седативных средств для пожилых пациентов", что "ошибочное назначение подобных препаратов на длительные периоды времени приводит к увеличению вероятности развития этого практически неизлечимого тяжелого заболевания (поздней дискинезии).

После того, как было установлено, что применение антипсихотических средств у пожилых пациентов со слабоумием не приводит к желаемым результатам, группа исследователей сделала вывод что "из-за очевидной ограниченности терапевтической эффективности антипсихотических препаратов крайне важно изыскать возможности для изменения поведенческих стереотипов у таких пациентов путем воздействия на социум и окружающую среду".

Другими словами, медикам следует пытаться искать и по возможности устранять причины, которые могут вызывать или усугублять различные заболевания у пожилых людей, а не создавать опасность для здоровья пациентов мощными препаратами. Превосходным примером подобного использования антипсихотических препаратов является их назначения для терапии так называемого "синдрома захода солнца". В конце дня некоторые пациенты домов для престарелых или больниц становятся возбужденными и беспокойными. Тщательное исследование показало, что эти пациенты живут в своей теперешней комнате менее одного месяца, поступили в дом для престарелых или больницу недавно, или что их чаще будила вечерняя смена. Изменения обращения с такими пациентами нянь и другого персонала может уменьшить эту проблему без использования антипсихотических препаратов.

Обзор использования антипсихотических препаратов у пожилых людей подтвердил, что обычно они используются для контроля над возбуждением, излишней подвижностью, агрессивностью и бессонницей. Однако такое "возмущенное" поведение является иногда откликом на изменение окружающий среды или на физические заболевания у пожилых людей. Лечение физических заболеваний или изменения в окружающей среде могут устранить необходимость использования антипсихотических препаратов.

Другой важной категорией неправильного назначения антипсихотических препаратов вместо антидепрессантов или в дополнение к ним является депрессия у пожилых людей. Исследование пожилых людей показало, что у тех, кому антипсихотические средства были выписаны для лечения депрессии, наблюдалась очень высокая опасность поздней дискенезии, авторы рекомендовали врачам "быть осторожными при назначении нейролептических (антипсихотических) препаратов таким пациентам".

Два препарата - метеразин (КОМПАЗИН) и дипразин (ПИПОЛЬФЕН), принадлежат к группе фенотиазинов и чрезмерно часто используются для лечения заболеваний непсихического характера (особенно желудочно-кишечных).

**Преимущества и недостатки антипсихотических препаратов**

Для небольшого количества пожилых людей, принимающих антипсихотические средства для лечения таких психических заболеваний, как шизофрения, риск возникновения побочных эффектов более чем компенсируется доказанными преимуществами. которые эти люди получают. Однако по крайней мере 80% случаев использования таких препаратов у пожилых людей являются необоснованными. Либо препараты неэффективны, как при лечении старческого слабоумия, либо их применение не является необходимым, например при использовании нейролептиков в качестве успокаивающих средств или для контролирования непсихотического поведения пациентов, когда часто можно обойтись немедикаментозными методиками.

Следовательно, более одного миллиона пожилых людей необоснованно получают антипсихотические средства, часто в течении месяцев или даже лет. Они подвергают риску свое здоровье без всяких на то оснований.

**Основные негативные эффекты антипсихотических препаратов**

Падения и переломы бедра

Заболевания ЦНС. Поздняя дискинезия: Это наиболее частый, серьезный и обычно необратимый негативный эффект от использования антипсихотических средств. Он характеризуется неконтролируемыми движениями губ, языка, а иногда пальцев рук и ног или туловища. Пожилые люди имеют повышенный риск развития этого негативного эффекта, он может возникать у 40% людей старше 60 лет, принимающих антипсихотические средства. Поздняя дискинезия наиболее часто и в наиболее тяжелых возникает у пожилых людей. В большинстве случаев изменения являются необратимыми и часто приводят к неподвижности, затрудненному жеванию и глотанию, в конце концов к потере веса и обезвоживанию организма. Риск развития поздней дискинезии одинаков при применении любых антипсихотических препаратов. На сегодняшний день не существует эффективных методик лечения поздней дискинезии, поэтому превентивные меры особенно важны.

Паркинсонизм лекарственной этиологии: Паркинсонизм лекарственной этиологии имеет следующие симптомы: затрудненная речь и глотание; вестибулярные расстройства; восковое лицо; мышечные спазмы; ригидность рук и ног; тремор; необычные качающиеся движения тела. Хотя многие полагают, что паркинсонизм является неизбежным следствием старения, во многих случаях у пожилых людей это может вызываться лекарственными препаратами. Исследование показало, что 51% пациентов, у которых паркинсонизм развился недавно, заболевание имело лекарственную этиологию. В одном из исследований у 26% пожилых людей (60 лет и старше), получавших галоперидол, развился лекарственный паркинсонизм. В другом исследовании было установлено, что в 90% случаев симптомы лекарственного паркинсонизма возникали в течение 72 дней после начала приема препарата. Но что еще более тревожно, в 36% случаев пациентам с лекарственным паркинсонизмом назначались антипаркинсонические препататы!. Поскольку врачи не учитывали возможность того, что болезнь имеет лекарственную этиологию, они предписывали пациентам прием антипаркинсонических средств вместо отмены препарата, применение которого привело к развитию паркинсонизма. У пожилых людей негативные эффекты препаратов могут быть ошибочно приняты за проявления нового заболевания или отнесены на счет процесса старения. Шанс такого неправильного интерпретирования особенно велик, если симптомы негативной реакции неотличимы от обычных заболеваний, присущих пожилому возрасту, например болезни Паркинсона. В исследовании, опубликованном в Journal of the American Medical Association, сообщается, что вероятность развития лекарственного паркинсонизма утраивается для пожилых пациентов, получающих метаклопрамид в терапии слабоумия. Самый печальный результат этого исследования, по мнению авторов, это то, что негативные реакции на метаклопрамид лечились препаратами леводопы, что увеличивало риск отравления стоимость лечения, но было практически бессмысленно.

Акатизия (неусидчивость больного с постоянным стремлением к движениям): Наиболее широко распостраненным негативным эффектом является акатизия, когда человек возбужден и безостановочно ходит. При сидении пациент часто связывает свои ноги. Иногда это можно интерпретировать как потребность в еще большем количестве препаратов. Если вместо уменьшения дозы препарата или прекращения приема дается больше препаратов, то могут возникнуть серьезные проблемы.

Слабость мышц (акинезия): Это одна из наиболее частых экстрапирамидальных реакций вызванными данными препаратами проявляется в вялости, отсутствии интереса к жизни, депрессии, что часто неправильно диагностируется как первичная депрессия и пациенту назначаются антидепрессанты. Прием таких препаратов вместе с антипсихотическими средствами еще больше увеличивает риск возникновения серьезных негативных эффектов. И снова вместо распознавания проблемы, связанной с приемом препарата и снижения дозы или прекращения приема добавляется другое лекарственное средство, что еще более ухудшает состояние пациента. Хотя акинезия часто выглядит как компонент паркинсонизма, однако это самостоятельное заболевание. Помимо вышеупомянутых симптомов могут возникать редкое моргание, замедление глотание слюны с последующим слюнотечением, отсутствие выражения лица.

Антихолинергические негативные эффекты. Существует два типа антихолинергических эффектов: психические (спутанность сознания, делирий, нарушения кратковременной памяти, дезориентацию и ухудшенное внимание), и физические (сухость во рту, запор, задержку мочи (особенно у мужчин с увеличенной простатой), затуманенное зрение, снижение потоотделения на фоне повышенной температуры тела, сексуальные расстройства и ухудшение состояния при глаукомы). Эти негативные эффекты часто более выражены при применении антипсихотических препаратов, назначающихся обычно в высоких дозах.

Седативный эффект является самым частым негативным эффектом антипсихотических средств, особенно в случае применения препаратов, которые обычно назначаются в высоких дозах. Поскольку данные препараты часто ошибочно назначаются в качестве снотворных средств, то у пожилых людей часто наблюдается сниженный тонус в течение дня. У психически здоровых пожилых людей, а это самая большая группа пациентов принимающих такие препараты, качество сна чрезвычайно низкое. Нарушения сна могут наблюдаться в срок до 24 часов после единичного приема.

Гипотензивные эффекты: снижение артериального давления до слишком низкого уровня.

Ортостатическая гипотензия (падение артериального давления, которое наблюдается при подъеме из сидячего или лежачего положения) является одним из наиболее распространенных негативных эффектов антипсихотических средств, особенно у пожилых людей. Вероятность развития этого побочного эффекта резко повышается, если пациент входит в группу риска вследствие приема гипотензивных препаратов. В результате такого скачка артериального давления возможны травмы, сердечные приступы, инсульты. По этой причине перед началом приема таких препаратов необходимо измерить артериальное давление в положении лежа и в положении стоя по истечение двух минут. Данную процедуру необходимо повторить после нескольких недель приема препарата. Люди, принимающие подобные препараты, должны вставать из положения лежа медленно и носить с собой эластичные чулки для предотвращения развития гипотензии. Этот негативный эффект особенно часто встречается при использовании препаратов, назначающихся обычно в высоких дозах, таких, как хлорпромазин(АМИНАЗИН), но может наблюдаться в случае любого из антипсихотических средств.

Другими негативными эффектами являются увеличение веса, плохое самочувствие вследствие повышенной или пониженной температуры тела (вследствие того, что данные препараты нарушают терморегулирование), гиперчувствительность к солнечному свету и другие заболевания кожи, токсический эффект на костный мозг, нарушения ритма сердца.

Как уменьшить риск возникновения негативных эффектов при приеме антипсихотических препаратов

\* Антипсихотические средства должны принимать только пациенты,, которые в них действительно нуждаются. В большинстве случаев, примерно в 80%, у пожилых людей отсутствуют показания для назначения подобных препаратов, но серьезные негативные эффекты возникают у них столь же часто, как и у тех пациентов, которым действительно необходим прием данных препаратов (люди с шизофренией). Следовательно, наиболее эффективным путем уменьшения риска от использования таких препаратов для большинства пожилых людей является прекращение их приема. Если только у пациента не наблюдается шизофрения или другая форма психоза, назначение или продолжение приема антипсихотических препаратов создает высокий риск развития опасных побочных эффектов без какого-либо положительного эффекта на состояние здоровья пациента. Эти препарата неэффективны также при психозах типа старческого слабоумия. Использование этих мощных препаратов пожилыми людьми с депрессией имеет высокий риск - 60% - поздней дискинезии.

\* Антипсихотические средства никогда нельзя использовать в качестве снотворных средств..

\* Применение. Начинайте с самой низкой возможной дозы. Для пожилых людей обычно достаточно от 1/10 до 2/5 от обычной терапевтической дозы. Используйте препаратов о как можно более короткий промежуток времени. Если Вам показано применение антипсихотических средств, то первой вещью, которую следует осознать - это то, что, как и в случае применения многих других препаратов у пожилых людей, начальная и, весьма вероятно, терапевтическая доза должна быть ниже, чем у более молодых людей. Есть три причины того, что это справедливо и для антипсихотических средств:

Во-первых, у пожилых людей снижена функция почек, а это означает, что препараты дольше задерживаются в организме. Они получают больше "оплаченных миль" при той же дозе. Во-вторых, при старении людей уменьшается выработка одного из важных медиаторов - допамина, а это увеличивает риск развития негативных эффектов, таких, как лекарственный паркинсонизм и акинезия. В-третьих, из-за других изменений метаболизма ЦНС при старении, увеличивается чувствительность к антихолинергическим эффектам от таких препаратов, таких как спутанность сознания, делирий, сухость во рту, затрудненное мочеиспускание, запор и ухудшение состояния при глаукоме.

Поскольку все эти препараты одинаково эффективны, то выбор зависит от того, возникновение какого негативного эффекта наиболее вероятно или менее всего допустимо. Для пациентов, у которых возникает головокружение при подъеме из сидячего или лежачего положения (ортостатическая гипотензия) выбор аминазина с его высоким риском снижения артериального давления не будет хорошей идеей. Вместо этого, если лекарственная терапия действительно необходима, более правильным выбором будет препарат с меньшим риском развития гипотензивного и седативного эффектов. По аналогии с этим, люди у которых имели место нарушения походки и нарушения движения туловища подвергаются намного большему риску, если они принимают препаратов с высокой вероятностью развития экстрапирамидальных негативных эффектов, такие как галоперидол, или другие сильнодействующее антипсихотическое средство. Следовательно, таким людям надо принимать менее сильнодействующие препараты, которые реже вызывают экстрапирамидальные негативные эффекты. Наиболее важное значение имеет регулировка дозы и изменение или прекращение приема при появлении негативных эффектов. Это особенно справедливо, если негативные эффекты опаснее, чем причина приема препарата.

**Депрессия: когда и какие препарата Вы должны использовать?**

Должен ли каждый человек в плохом настроении или депрессии, принимать антидепрессанты?

Хотя депрессия достаточно широко распространена среди пожилых людей, не каждый человек с хронически плохим настроением или депрессией должен принимать эти сильнодействующие препараты.

Разновидности депрессии

Депрессия, вызванная применением лекарственных средств

По иронии судьбы, один из видов депрессии, который не следует лечить лекарственные средствами, это депрессия, которая вызвана приемом лекарственных препаратов. Если пациент находится в депрессии, которая началась после приема нового препарата, то возможно он и вызвал депрессию. Ниже приведен перечень часто встречающихся препаратов, которые могут вызвать депрессию.

\* Такие барбитураты, как фенобарбитал.

\* Такие транквилизаторы, как диазепам (РЕЛАНИУМ) и триазолам.

\* Кардиотропные препараты, содержащие резерпин.

\* Такие бета-блокаторы, как пропранолол (АНАПРИЛИН).

\* Такие антигипертензивные препараты, как клонидин (КЛОФЕЛИН), метилдопа (ДОПЕГИТ) и празозин (ПОЛЬПРЕССИН).

\* Препарата для лечения аритмий, например, дизопирамид (РИТМОДАН).

\* Такие препарата применяющиеся в терапии язвенной болезни желудка, как циметедин (ТАГАМЕТ) и ранитидин (ЗАНТАК).

\* Такие антипаркинсонические препараты, как леводопа (ПАРИМДИН) и бромкриптин (ПАРЛОДЕЛ).

\* Такие кортикостероиды, как кортизон и преднизолон (ДЕКОРТИН).

\* Такие противосудорожные препараты, как фенитоин (ДИФЕНИН), этосуксимид (СУКСИЛЕП) и примидон (ГЕКСАМИДИН).

\* Такие антибиотики, как циклосерин, этионимид, ципрофлоксацин (ЦИПРОБАЙ) и метранидазол (КЛИОН).

\* Такие препараты для снижения массы тела, как амфетамины (в период отмены препарата).

\* Обезболивающие или противоартритные препараты, как пентазоцин (ФОРТРАЛ), индометацин (МЕТИНДОЛ) и ибупрофен (СОЛПРАФЛЕКС).

\* Такие препараты против угрей как изотретионин (РОАККУТАН).

\* Другие препарата, например дисульфирам (ТЕТУРАМ) - применяемое при лечении алкоголизма.

Лучшее средство лечения от такой депрессии - уменьшить дозу препарата или по возможности вообще прекратить его прием. При необходимости, перейдите на другой препарат, который не вызывает депрессию.

Другой частой причиной депрессии, является алкоголизм, лечение которого достаточно сложно.

Другие причины депрессии, не требующие лечения лекарственными препаратами, - это ситуационная или реактивная депрессия - "нормальные" реакции организма на жизненные проблемы, такие как потеря супруги или супруга, друга, родственника или работы, а также любые другие ситуации, которые могут привести в уныние любого человека. Если источник депрессии лежит в реакции организма на кризисные ситуации, то антидепрессанты малоэффективны. Здесь следует использовать альтернативные методы, такие как поддержка семьи и друзей, смена обстановки или психологические консультации у специалиста. Сделать себе что-нибудь приятное, поговорить с другом и ежедневно заниматься физическими упражнениями - все это поможет Вам преодолеть сложные ситуации.

**Заболевания, которые могут привести к депрессии**

Депрессия может быть вызвана заболеваниями щитовидной железы, некоторыми разновидностями рака, такими, как рак поджелудочной железы, толстого кишечника, рак мозга, лимфосаркомой, вирусная пневмонией или гепатитом. Кроме того, есть доказательства того, что люди, перенесшие инсульт или страдающие от болезней Паркинсона или Альцгеймера, легко поддаются депрессии которая в некоторых случаях поддается лечению антидепрессантами.

Какие виды депрессии поддаются терапии лекарственными препаратами, ?

Если депрессивное состояние в сочетании с несколькими приведенными ниже симптомами наблюдается в течение как минимум нескольких недель, и история болезни, обследование и лабораторные анализы говорят о наличии того или иного вида депрессии, то возможный диагноз - первичная депрессия. Симптомами являются уныние, мешающее нормальной жизнедеятельности, затрудненная концентрация, низкая самооценка, чувство вины, мысли о суициде, хроническая усталость, упадок сил или возбуждение, расстройства сна (увеличение или уменьшения продолжительности), изменение аппетита (увеличенный или сниженный) с соответствующим изменением веса. Поскольку для депрессии часто характерны мысли о суициде, то у пациента часто возникает возможность совершить суицидальную попытку с использованием антидепрессантов, а поэтому за один раз можно назначать только небольшое количество препарата. Данная тяжелая форма депрессии характеризуется также тем, что пациент демонстрирует - и говорит об этом, если спрашивают - ощущение "беспомощности, безнадежности, никчемности и бесполезности... а также сильное чувства вины от реальных или вымышленных недостатков или неосторожных поступках".

**Другие виды неадекватного использования антидепрессантов**

Помимо депрессии, вызванной лекарственными препаратами, депрессий, обусловленных теми или иными заболеваниями и ситуационной или реактивной депрессии - ни одна из которых не лечится антидепрессантами - существуют и другие случаи неадекватного использования антидепрессантов. По данным одного исследования, более 50% пожилых людей, принимающих антидепрессанты уже более года, начали прием без четкого диагноза "депрессия". Одна пятая из них (или один из четырех людей, пользующихся антидепресантами) применяли этот препарат в качестве снотворного или как альтернативу транквилизаторам. Учитывая значительные негативные эффекты этих препаратов, их использование в подобных целях неоправданно, так как риск развития побочных эффектов перевешивают терапевтическую эффективность..

**Лучшие и худшие методы лечения депрессии**

Каждый пациент, страдающей от сильной депрессии, должен быть осмотрен психиатром, который порекомендует необходимые в каждом конкретном случае антидепрессанты.

Решение о выборе того или иного препарата зависит, главным образом, от частоты развития негативных эффектов у конкретного препарата, так как все антидепрессанты имеют примерно одинаковую эффективность. Если человек уже страдал депрессией, и какой-то препарат, не вызывающий развитие значительных побочных эффектов оказался эффективным, то именно этот препарат и будет наилучшим выбором.

**Основные побочные эффекты при приеме антидепрессантов**

К четырем наиболее распространенным группам негативных эффектов относятся антихолинергические, седативные, гипотензивные (снижающие артериальное давление) и кардиотропные эффекты. Вследствие этих эффектов часто наблюдаются переломы бедра и автомобильные аварии.

В рекламе сообщается, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, такие, как флуоксетин (ПРОЗАК),сертралин (ЗОЛОФТ) и пароксетин (ПАКСИЛ) вызывают меньше негативных эффектов, чем известные трициклические антидепрессанты, как амитриптилин (ТЕПЕРИН) и имипрамин (ИМИЗИН). Канадские исследователи сообщили недавно, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина не имеют преимуществ перед ранее использовавшимися антидепрессантами с точки зрения возникновения риска перелома бедра.

Антихолинергические эффекты. Психические эффекты: дезориентация во времени и пространстве, делирий, ухудшение краткосрочной памяти, ослабление внимания. Физические эффекты: сухость во рту, запор, затрудненное мочеиспускание (особенно у мужчин с увеличенной предстательной железой), неясность зрения, сниженное потоотделение в сочетании с повышенной температурой тела, сексуальная дисфункция, ухудшение состояния при глаукоме.

Гипотензивные эффекты: снижение артериального давления до недопустимого уровня

Ортостатическая гипотензия или снижение артериального давления, которое происходит при резком подъеме их сидячего или лежачего положения, - часто встречающийся негативный эффект антидепрессантов, особенно у пожилых людей. Он может быть более выражен, если пациент находится в группе риска вследствие приема антигипертензивных препаратов. Результатом резкого падения артериального давления могут стать травмы, сердечные приступы и инсульты. Поэтому перед началом приема таких препаратов необходимо измерить артериальное давление в положении лежа и в положении стоя по истечение двух минут. Данную процедуру необходимо повторить после нескольких недель приема препарата.

Как и антипсихотические средства, многие антидепрессанты могут вызывать лекарственный паркинсонизм. Эта болезнь характеризуется следующими симптомами: затрудненная речь или глотание, потеря равновесия, лицо, похожее на маску, мышечные спазмы, тремор конечностей, необычные телодвижения.

Эти препараты могут привести к учащению сердечного ритма. Они также снижают проводимость, что особенно опасно для людей, у которых уже наблюдалась атрио-вентрикулярная блокада. Поэтому перед началом приема антидепрессантов необходимо сделать электрокардиограмму.

Все доступные в настоящее время антидепрессантны могут вызывать гипоманиакальные и маниакальные состояния. Это чрезвычайно актуально для людей, принимающих антидепрессанты группы ингибиторов обратного захвата серотонина, куда входят такие препараты, как флуоксетин, а также такие антидепрессанты, как имипрамин, который ингибирует обратный нейрональный захват как серотонина, так и норадреналина. Это может приводит к развитию сильных психотических реакций или требовать изолирования пациента из-за его чрезмерного возбуждения.

Если негативный эффект применяемого препарата слишком велик или если Вам кажется, что препарат неэффективен, обратитесь к Вашему врачу с просьбой о смене препарата.

**Как уменьшить негативные эффекты антидепрессантов**

Важно осознавать, что длительное лечение антидепрессантами не всегда необходимо, даже если имеются прямые показания для использования препарата. В одном из исследований после достижения стойкой ремиссии в течении четырех месяцев половина пациентов продолжала прием препаратов, а другая половина принимала плацебо. По истечение двух месяцев рецидивы наблюдались лишь у 25% пациентов, одинаково в обоих группах.

Перед началом лекарственной терапии той или иной формы депрессии врач должен тщательно отслеживать динамику лечения и в случае необходимости варьировать дозировку или производит смену препарата.

Если прием препарата осуществляется с целью диагностирования возможной депрессии, то Вы должны знать, что это диагностическая процедура, и что прием препарата будет продолжаться лишь некоторое время.

Перед началом лечения снимите электрокардиограмму и измерьте артериальное давление.

Начните с дозы в 1/3 или 1/2 обычной терапевтической дозы для взрослого человека, 15 - 25 мг в день, перед сном. Увеличивайте дозу очень медленно. Для развития полного эфеекта может потребоваться три недели. Апробирование препарата должно продолжаться до тех пор, пока не будет достигнут желаемый эффект, или пока не разовьются устойчивые отрицательные реакции.

Вам следует осознавать, что Ваша депрессия является временным состоянием, что ожидается выздоровление и что прием препарата возможно будет прекращен.

Возьмите рецепт на количество препарата достаточного только на одну неделю приема, поскольку большое количество препарата увеличивает шансы успешной попытки суицида у людей с сильной депрессией.

После того, как на протяжении нескольких месяцев будет наблюдаться стойкая ремиссия, постепенно снижайте дозу.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://med-lib.ru/>