

Жизнь с биполярным расстройством. Пособие для людей с БАР и их семей

Глава 3. Названия медикаментов и наиболее часто применяемые дозы

В этой главе речь пойдёт о лекарствах, которые обычно используются для лечения биполярного аффективного расстройства. Вам, как активному участнику лечения, важно знать цель терапии, действие препаратов, подходящую дозировку лекарства, возможные побочные эффекты, а также как и в какое время необходимо принимать медикаменты (схему приёма). Эта информация облегчит вам и вашему психиатру подбор препаратов, которые подойдут вам наилучшим образом. Пожалуйста, обсудите ваши опасения насчёт лекарств с врачом. Он развеет ваши страхи и, в случае необходимости, поможет справиться с побочными эффектами терапии или же подобрать альтернативный способ лечения.

Действительно ли мне нужно принимать лекарства?

У многих людей смешанные чувства насчёт приёма лекарств; в идеальном мире они бы предпочли не принимать их. Тем не менее, многочисленные исследования доказали благотворное влияние медикаментов при лечении и предотвращении депрессивных и маниакальных эпизодов. Можно расценивать такие препараты, как стабилизаторы настроения и антидепрессанты, как средства, которые могут помочь вам чувствовать себя лучше и взять контроль над своей жизнью.

Какие типы медикаментов используют для лечения биполярного расстройства?

В следующих разделах описываются четыре типа медикаментов, используемых для лечения биполярного расстройства: стабилизаторы настроения (нормотимики), антидепрессанты, антипсихотики (нейролептики) и транквилизаторы (анксиолитики, противотревожные средства). Эти препараты представляют собой основные группы средств для контроля БАР, их используют индивидуально или в комбинации. Для лечения прочих симптомов также могут применяться препараты другие медикаментозных групп.

Перед тем, как мы более детально опишем эти группы препаратов, цели их назначения и побочные эффекты, нам бы хотелось поделиться информацией о названиях этих медикаментов.

Лекарства часто классифицируют согласно цели применения, на которую они получили первое одобрение (лицензию) к использованию в США, хотя многие препараты имеют множество других, дополнительных применений в добавление к уже

одобренным. Напр., врачи используют антидепрессанты для лечения тревожных расстройств и транквилизаторы для лечения бессонницы. По этой причине очень важно понимать цель назначения медикамента, а не просто знать его наименование. Это помогает проще взглянуть на ситуацию, когда вас спрашивают о ваших лекарствах, поскольку люди видят и понимают лишь названия. Например, член вашей семьи может поинтересоваться, почему вы принимаете лекарство от тревожного расстройства, если у вас биполярное расстройство. Схожие вопросы могут возникнуть, когда вы заказываете лекарства в аптеке, когда общаетесь с друзьями или родственниками, когда просто встречаетесь с врачом. Если у вас возникают вопросы насчёт лекарств, обязательно поговорите со своим психиатром, прежде чем что-либо менять.

Стабилизаторы настроения (нормотимики)

Цель применения стабилизаторов настроения — это сохранение настроения в пределах нормального диапазона. В то время, как эксперты считают, что стабилизаторы настроения — лучшая группа препаратов для лечения биполярного расстройства, термин «стабилизатор настроения» с научной точки зрения не является определённым однозначно. Среди экспертов существует взаимное соглашение, согласно которому литий (торговое название «Седалит»), вальпроевая кислота + вальпроат натрия («Депакин»), ламотриджин («Ламиктал»), карбамазепин («Тегретол») и оланзапин («Зипрекса») являются стабилизаторами настроения. Каждое из этих лекарств показало эффективность в лечении и/или предотвращении мании и/или депрессии в двух и более исследованиях. Существует множество исследований, доказывающих, что литий эффективен как для лечения маний и депрессий, так и для предотвращения их рецидивов. Несколько исследований доказали эффективность ламотриджина для лечения БАР и два исследования показали его способность предотвращать рецидивы, особенно при рекуррентных (повторных) депрессивных фазах. Оланзапин продемонстрировал отличную способность в борьбе с острой манией, а также имеет некоторый антидепрессивный эффект и особенно полезен для предупреждения рецидива мании.

У других лекарств также имеются свойства стабилизировать настроение. Чтобы назвать медикамент стабилизатором настроения, он должен: (1) работать в случае мании, депрессии или предотвращать рецидив, и (2) не приводить к скачкам настроения или вызывать резкий переход от одного состояния к другому. Лекарства, изредка используемые врачами в качестве стабилизаторов настроения также включают в себя верапамил («Изоптин»), окскарбазепин («Трилептал») и ω -3-полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК), однако, польза от их применения считается доказанной не до конца. Ни одно из этих лекарств не участвовало в исследованиях при БАР и не получило одобрение основного регуляторного органа США — Управления по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA).

Все медикаменты могут вызывать побочные эффекты. Ваша цель — подобрать с психиатром такой стабилизатор настроения, который наилучшим образом защитит вас или поможет выздороветь от эпизода депрессии или мании без дискомфортных побочных эффектов.

Антидепрессанты

Широкий спектр антидепрессантов может быть использован для борьбы с депрессивными эпизодами биполярного расстройства. Тем не менее, их использование стоит очень тщательно контролировать, поскольку при лечении антидепрессантами некоторые больные переходят от депрессии к мании (т.н. «инверсия фазы»). Другими словами, антидепрессант, используемый для контроля депрессии, может вызвать манию. Напротив, некоторые больные БАР, принимающие антидепрессанты, не испытывают переключения на манию, но наоборот, страдают от ухудшения депрессии или от появления большего количества депрессивных эпизодов. По этой причине регулярное и последующее общение с вашим врачом необходимо, чтобы назначенное лечение не ухудшило общее состояние. Ваш психиатр будет следить за появлением маниакальных симптомов, но он/она не сможет сделать свою работу без вашей помощи и членов вашей группы поддержки.

Поговорите с врачом о вашем самочувствии. Если во время лечения антидепрессантами вы чувствуете неутомимость, чрезмерную болтливость, испытываете проблемы со сном, и спешно бегаете, «скачут» мысли — немедленно сообщите об этих симптомах вашему психиатру. Несмотря на то, что подъём настроения может быть приятным, вам бы не хотелось, чтобы эти симптомы переросли в полноценную манию. Помните, что мания — это заболевание, вызывающее проблемы в вашей жизни. Чтобы держать под контролем вашу жизнь и вашу способность достигать поставленных целей, сообщайте о ранних симптомах мании или гипомании вашему врачу. С помощью мониторинга лечение антидепрессантами может быть ценным дополнением и способствовать вашему выздоровлению.

Таблица 3.1 содержит список некоторых антидепрессантов. Вы заметите, что некоторые антидепрессанты указаны первыми, потому что эти лекарства изначально разрабатывались для лечения депрессии именно при БАР и уменьшают возможность появления мании в отличие от более старых медикаментов.

Антипсихотики (нейролептики)

Антипсихотики были изначально разработаны как средство для лечения галлюцинаций и бредовых идей при шизофрении. Тем не менее, доказано, что антипсихотики имеют специфические антиманиакальные свойства даже у пациентов без признаков психоза. Антипсихотики часто выписывают в случае маниакального

эпизода, и они могут быть полезны в случае дезорганизованного поведения, спутанного мышления, также как и при наличии галлюцинаций.

Общим свойством подобных препаратов является способность блокировать рецепторы нейромедиатора, называемого дофамином. Слишком большое количество дофамина в головном мозге может способствовать появлению симптомов мании. Вы часто можете услышать от врачей термин «нейролептики» — это устаревшее название антипсихотиков.

К более старым антипсихотикам, также называемым «типичными антипсихотиками» относятся такие препараты, как хлорпромазин («Аминазин»), галоперидол, зуклопентиксол («Клопиксол»), флупентиксол («Флюанксол»), трифлуоперазин («Трифтазин»), а также многие другие. Они являются мощными блокаторами дофаминовых рецепторов. Они полезны в случае острой мании. К сожалению, они достаточно часто могут вызывать побочные эффекты, которые ухудшают их переносимость. В начале курса лечения такими препаратами пациенты могут испытывать мышечную скованность, дрожь в конечностях, иногда неусидчивость, беспокойство и возбуждённое состояние. Длительное использование типичных антипсихотиков зачастую связано с потенциально необратимым побочным эффектом, известным, как поздняя дискинезия (ПД) — заболеванием, характеризующимся повторяющимися, произвольными, бесцельными мышечными сокращениями, особенно языка и мышц лица.

Сейчас для лечения мании доступны новые антипсихотические препараты — «атипичные антипсихотики». Клозапин («Азалептин», «Клозастен») был первым синтезированным препаратом этого класса. В этот класс также входят рисперидон («Рисполепт»), зипрасидон («Зелдокс»), оланзапин («Зипрекса»), кветиапин («Сероквель»), арипипразол («Абилифай»), азенапин («Сафрис») и некоторые другие. Подобно старым препаратам, они также блокируют допафиновые рецепторы, но менее мощно, чем типичные антипсихотики. Атипичные антипсихотики также блокируют определённые рецепторы другого нейромедиатора, называемого серотонином. Антипсихотики с комбинацией блокады дофамина и серотонина обычно вызывают меньше побочных эффектов и лучше переносятся пациентами. Их часто используют в сочетании с стабилизаторами настроения для лечения острой мании.

Стандартная практика после выздоровления — уменьшение дозы антипсихотика. Как бы то ни было, некоторые пациенты начинают испытывать симптомы мании вскоре после снижения дозировки. В таком случае им выписывают нейролептики на постоянной основе, чтобы сдерживать рецидив мании. Следовательно, антипсихотические препараты можно рассматривать как препараты выбора для лечения острой мании, а также как препараты для предотвращения мании и психотических симптомов.

Транквилизаторы (анксиолитики, противотревожные средства)

Тревога — это симптом, часто сопровождающий эпизоды депрессии и мании. Кроме того, проблемы со сном также характерны для депрессии, гипомании и мании. Среди транквилизаторов наиболее распространены бензодиазепины. Сюда входят лоразепам («Лорафен»), клоназепам, диазепам («Релиум», «Сибазон»), алпразолам, хлордиазепоксид («Элениум») и феназепам. Их используют для быстрого уменьшения тревоги и бессонницы. Также бензодиазепины могут контролировать ранние симптомы гипомании. Все эти лекарства способны вызвать пристрастие, физическую и психологическую зависимость, особенно при неконтролируемом приёме. Потенциал злоупотребления более велик у сильнодействующих препаратов, быстро всасывающихся и попадающих в кровь — таких, как алпразолам. Случаев злоупотребления несколько меньше у более «мягких» бензодиазепинов, действующих длительно (напр., хлордиазепоксид, диазепам).

Большинство антидепрессантов также могут уменьшить тревогу, но обычно для этого требуется несколько недель постоянного приёма. Кроме того, как говорилось ранее, они могут вызвать ухудшения биполярного расстройства у некоторых пациентов.

Поиск подходящей дозировки

Эффективность лечения зависит от правильного подбора лекарств и поиска подходящей вам дозировки. Найти правильную для вас дозу станет легче, если вы принимаете лекарства по назначению врача и регулярно информируете его о действии медикаментов на ваш организм. Таблицы 3.1, 3.2 и 3.3 содержат информацию о примерных дозировках стабилизаторов настроения, антидепрессантов и антипсихотиков. Указаны только оригинальные торговые названия препаратов (у многих из лекарств есть аналоги, содержащие то же самое действующее вещество). Помните, что в зависимости от вашего состояния, ваш врач может назначить дозировку за пределами указанных в таблице. Эти границы даны ориентировочно для того, чтобы вы могли принять активное участие в обсуждении дозировок с вашим врачом.

Таблица 3.1

Международное непатентованное название (МНН)	Торговое название	Средняя начальная суточная доза	Средняя общая суточная доза
Антидепрессанты			
Пароксетин	Паксил	10–20 мг	20–40 мг
Сертралин	Золофт	50 мг	50–200 мг
Флувоксамин	Феварин	25–50 мг	150–300 мг
Флуоксетин	Прозак	10–20 мг	20–60 мг
Циталопрам	Ципраamil	10–20 мг	20–40 мг
Эсциталопрам	Ципралекс	5–10 мг	10–20 мг
Венлафаксин	Велаксин	37,5–75 мг	75–225 мг
Миртазапин	Ремерон	15 мг	15–45 мг
Тразодон	Триттико	50 мг	150–450 мг

Таблица 3.2

Международное непатентованное название (МНН)	Торговое название	Средняя начальная суточная доза	Средняя общая суточная доза
Стабилизаторы настроения (нормотимики)			
Карбонат лития	Седалит	600 мг	900–2400 мг
Карбамазепин	Тегретол	400 мг	200–1600 мг
Вальпроевая кислота + вальпроат натрия	Депакин	750 мг	750–2750 мг
Ламотриджин	Ламиктал	12,5–25 мг ¹	50–400 мг
Оланзапин	Зипрекса	5–10 мг	2,5–20 мг
Возможные стабилизаторы настроения (нормотимики)			

Окскарбазепин	Трилептал	150 мг	450–900 мг
Верапамил	Изоптин	120 мг	120–360 мг
Амлодипин	Норваск	2,5 мг	2,5–10 мг
ω -3-полиненасыщенные жирные кислоты (ПНЖК)	множество названий	1000 мг	3000–12000 мг
Инозитол	множество названий	5000 мг	5000–30000 мг

1 — Стартовая доза для ламотриджина составляет 12,5 мг/сут, если вы также принимаете препараты вальпроевой кислоты. Если нет, то 25 мг/сут.

Таблица 3.3

Международное непатентованное название (МНН)	Торговое название	Средняя начальная суточная доза	Средняя общая суточная доза
Типичные антипсихотики			
Галоперидол	множество названий	1,5–3 мг	разная
Зуклопентиксол	Клопиксол	2–20 мг	50–75 мг
Перфеназин	Этаперазин	4 мг	4–32 мг
Трифлуоперазин	Трифтазин	2–5 мг	5–10 мг
Флупентиксол	Флюанксол	5–15 мг	5–20 мг
Хлорпромазин	Аминазин	25–100 мг	разная
Хлорпротиксен	Труксал	15–50 мг	разная
Атипичные антипсихотики			
Азенапин	Сафрис	10 мг	10–20 мг
Арипипразол	Абилифай	5–15 мг	5–30 мг
Зипрасидон	Зелдокс	80 мг	80–160 мг
Кветиапин	Сероквель	100 мг	25–800 мг

Клозапин	Азалептин	25 мг	25–400 мг
Оланзапин	Зипрекса	5–10 мг	2,5–20 мг
Рisperидон	Рисполепт	2 мг	2–6 мг