

Эндрю Вайль
**Здравый смысл и лекарства. Таблетки. Необходимость
или бизнес?**

Научная сенсация –



Текст предоставлен издательством
«Эндрю Вайль. Здравый смысл и лекарства»: АСТ; Москва; 2018
ISBN 978-5-17-101033-1

Аннотация

За последние 50 лет употребление лекарств увеличилось в 10 раз. В дополнение к десяткам медикаментов, которые мы принимаем для лечения серьезных заболеваний, мы ежедневно употребляем таблетки от головной боли, простуды, болей в мышцах и аллергии. Назовите любой симптом... и есть таблетка, чтобы его устранить!

Современные лекарства могут чудесным образом спасти нашу жизнь, и многие болезни требуют их использования. Но что происходит, когда наша зависимость от мощных фармацевтических препаратов ослепляет нас от рисков для здоровья? Болезненные побочные эффекты и зависимость распространены, а побочные реакции на лекарства занимают четвертое место в списке причин смерти.

Автор бестселлера доктор Эндрю Вайль предупреждает читателей о проблеме чрезмерной медицины и обозначает границы, когда необходимо лекарство, а когда нет. Вайль исследует вопрос «почему мы стали переусердствовать с лекарствами», доказывает, что таблетки не всегда являются лучшим вариантом лечения, и объясняет надежные, интегративные подходы к лечению распространенных заболеваний, таких как артериальная гипертензия, аллергия, депрессия и простуда. Эта книга для всех, кто болен и устал от лекарств.

Эндрю Вайль

Здравый смысл и лекарства

Andrew Weil

MIND OVER MEDS

Печатается с разрешения издательства LITTLE, BROWN AND COMPANY

© 2017, by Andrew Weil, MD

© ООО «Издательство АСТ», 2017

* * *

Книга о том, когда лекарства необходимы, когда альтернативное лечение лучше, и когда лучше позволить организму самому справиться с болезнью

Моим коллегам по интегративной медицине

Список авторов

Мнения, высказанные в этой книге, принадлежат исключительно мне. Коллеги, перечисленные ниже, помогли мне собирать нужную информацию, относящуюся к различным классам лекарственных средств, которые обсуждаются на страницах книги.

Глава 1. Антибиотики

Майя Шетрит-Клейн, невролог и невролог-педиатр, специалист по траволечению, натуралист и ботаник, городской фермер. Основатель и директор Почвенного института.

Глава 2. Статины

Стивен Деврис, специалист по профилактической кардиологии, директор института интегративной кардиологии в Чикаго, образовательного некоммерческого учреждения, пропагандирующего здоровое питание и здоровый образ жизни.

Глава 3. Лекарства для лечения желудочно-пищеводного рефлюкса

Джерард Маллин, второй профессор кафедры терапии в госпитале Джона Гопкинса, ученый с двадцатилетним научным и практическим стажем в области гастроэнтерологии.

Алиса Парян, ассистент профессора терапии в госпитале Джонса Гопкинса. Специалист по лечению воспалительных заболеваний кишечника.

Глава 4. Антигистаминные средства

Рэнди Горвиц, терапевт, иммунолог, аллерголог, профессор Аризонского университета, директор Центра интегративной медицины при медицинском факультете Аризонского университета.

Глава 5. Лекарства от простуды и гриппа

Рассел Х. Гринвилд, профессор кафедры клинической медицины университета Северной Каролины, консультант центра интегративной медицины.

Глава 6. Снотворные средства

Рубен Найман, психолог, специалист по вопросам сна и сновидений. Профессор в центре интегративной медицины медицинского факультета Аризонского университета, директор отделения циркадных ритмов, где занимаются расстройствами сна.

Глава 7. Стероиды

Ниса Манек, дипломированный ревматолог и специалист по интегративной медицине.

Глава 8. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

Лейла Али-Акбарян, семейный врач и директор центра по уходу за онкологическими больными Аризонского университета. В практике руководствуется принципами интегративной медицины.

Патрисия Лебенсон, семейный врач и руководитель отдела резидентуры центра интегративной медицины Аризонского университета, консультант центра интегративной медицины в США, Тайване и Германии.

Мари Пикер, семейный врач и заместитель директора отдела резидентуры центра интегративной медицины Аризонского университета.

Глава 9. Психотропные лекарственные средства для взрослых

Джингдуан Янг, психиатр, профессор психиатрии и руководитель отделения акупунктуры в университете Томаса Джефферсона в Филадельфии, преподаватель Центра интегративной медицины Аризонского университета. Основатель Института современного здравоохранения Дао.

Глава 11. Лекарственное лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

Санфорд Ньюмарк, профессор кафедры педиатрии, руководитель Ошеровского центра интегративной медицины калифорнийского университета в Сан-Франциско.

Глава 12. Опиаты и лечение хронической боли

Роберт Бонакдар, директор клиники лечения боли в центре интегративной медицины в Ла-Хофф (Калифорния), профессор кафедры клинической медицины Калифорнийского университета в Сан-Диего.

Глава 13. Лекарства для лечения артериальной гипертензии (гипотензивные средства)

Джей Адам Риндфлиш, семейный врач, профессор кафедры семейной медицины и социальной гигиены университета штата Висконсин. Практикует интегративный подход к лечению пациентов, руководит подготовкой специалистов по интегративной медицине в университете Висконсина.

Глава 14. Лекарства для лечения сахарного диабета

Дэниз Мильштейн, профессор кафедры клинической медицины, руководитель программы интегративной медицины в клинике Мэйо в Фениксе (Аризона). Лектор Центра интегративной медицины Аризонского университета.

Глава 15. Лекарственное лечение остеопении и других предзаболеваний

Элизабет С. Смутс, семейный врач (Сиэтл), руководитель программы подготовки специалистов по практической профилактике заболеваний.

Глава 16. Избыточное лекарственное лечение детей

Хилари Макклафerti, педиатр, специалист по неотложной педиатрии и интегративной

медицине. Профессор медицинского факультета Аризонского университета и руководитель программы интегративной медицины резидентуры Центра интегративной медицины того же университета, где она, кроме того, отвечает за подготовку аспирантов. Член Американской Педиатрической Академии, председатель секции интегративной медицины Академии.

Глава 17. Избыточное лекарственное лечение пожилых людей

Джулия Джернберг, окончила трехгодичные курсы по гериатрии в университете Висконсина. После окончания курсов работала на гериатрическом факультете Аризонского университета, а в настоящее время является директором гериатрической клиники в Таксоне.

Глава 18. Чрезмерная вера в лекарства: взгляд фармацевта

Ким Деродез, фармацевт, работает в Шарлотте (Северная Каролина). Имеет тридцатипятилетний опыт работы в больничных и розничных аптеках. Имеет сертификат по медицинскому менеджменту. Имеет подготовку в области лечебного использования трав, витаминов и пищевых добавок. Оказывает практическую помощь больным, оценивая их медикаментозное лечение, а также консультирует по вопросам оптимального приема пищевых добавок.

Ханг М (Эмели) Фам, окончила аспирантуру центра интегративной медицины Аризонского университета. В настоящее время работает фармацевтом в Эль-Кахоне (Калифорния).

Размышления о лекарствах

Переизбыток лекарств: проблема и решение

Перед нами в полный рост встала серьезная проблема. Все больше людей в мире принимают все больше и больше лекарств, и это вызывает у специалистов серьезную озабоченность. Продажи лекарств по рецептам врачей взлетели до небес по сравнению с серединой прошлого столетия: в настоящее время американцы принимают в десять раз больше лекарств, чем в пятидесятые годы двадцатого века. Около половины из нас принимает хотя бы одно лекарство, а это рост на 20 % с 1994 года. Так же стремительно взлетело потребление лекарств, продающихся без рецепта. Небывалую популярность, в сравнении с недавним прошлым, приобрел прием пищевых добавок, травяных средств и других продуктов, продвигаемых на рынок благодаря их, часто вымышленным, благотворным свойствам, которые в большинстве случаев не подтверждаются научными исследованиями.

Сколько лекарственных препаратов вы принимаете? Сколько их принимают ваши родители? Ваши дети? Ваши друзья? Знаете ли вы, для чего нужны эти лекарства? Известно ли вам, как они действуют? Как они взаимодействуют друг с другом и с другими продуктами, которые вы принимаете? Существуют ли альтернативы лекарствам, способные помочь вам или вашим близким избавиться от болезней?

Очень часто лекарства не решают проблем со здоровьем, для устранения которых они были созданы. В некоторых случаях лекарства просто смягчают симптомы, не оказывая никакого влияния на существенные причины болезни. Очень часто на лекарства смотрят как на средства быстрого устранения симптомов и прибегают к ним в ситуациях, когда недуг можно надежнее устранить изменением диетических привычек, увеличением физической активности, улучшением качества сна и использованием методов уменьшения вредоносного влияния стресса. В лучшем случае польза от многих разрекламированных лекарств не так велика, как утверждают производители, которые, при этом, часто приуменьшают риск от приема препаратов. В худшем случае лекарства приносят больше вреда, чем пользы.

«Врачи всего лишь навязывают нам таблетки». Я очень часто слышу эту жалобу от многих пациентов. Мало того, многие врачи тоже обеспокоены складывающимся положением. Одна женщина-врач недавно сказала мне, что она устала быть «продавцом таблеток». Другой доктор, психиатр, возмущался тем, что большая часть психиатрических больных посещает врача не чаще четырех раз в год. Каждый раз – это пятнадцатиминутная

беседа, в ходе которой уточняется доза приема медикаментов.

В качестве директора Центра интегративной медицины при университете штата Аризона я обучаю сотни врачей, фельдшеров и студентов, рассказывая им о пользе и риске назначения лекарственных средств. Я часто задаю своим слушателем один вопрос: «Как мы пришли к выводу о том, что назначение лекарств является единственным или самым эффективным способом лечения тех или иных болезней?» Слова «*медицина*» и «*медикамент*» происходят от древнего индоиранского корня, обозначающего нечто вроде «вдумчивого действия по установлению порядка». От того же корня происходят слова «мера» и «медитация». Любопытно, что «вдумчивое действие» стало синонимом достаточно бездумного назначения и приема химических веществ.

Лекарства – очень мощный инструмент. Многие из них сказочно эффективны. Например, опиум – самое эффективное обезболивающее средство, а антибиотики – прекрасное средство борьбы с бактериальными инфекциями, убившими великое множество людей за всю историю человечества. Открытие инсулина спасло миллионы больных сахарным диабетом 1 типа от преждевременной смерти в молодом возрасте. Химиотерапия спасает людей от онкологических заболеваний, диагноз которых в прежние времена был равносителен смертному приговору. Антивирусные препараты превратили смертельно опасный СПИД в поддающееся лечению, контролируемое хроническое заболевание. Ни один ответственный врач в наше время не отвергает лекарственное лечение как таковое и не оспаривает его эффективность в поддержании здоровья.

Но лекарственная терапия – это всего лишь один из методов лечения. Существует великое множество способов лечения болезней без использования фармакологических лекарственных средств. К большому сожалению, эти методы не преподаются на медицинских факультетах, и по этой причине многие врачи в своей работе полагаются, по большей части, на лекарства. В качестве примера можно привести диетотерапию. Расписывая план лечения пациента, я, в первую очередь, даю диетические рекомендации: чего не есть, что есть больше, как изменить пищевой рацион с пользой для здоровья. Изменения диеты в качестве первого средства лечения могут оказаться удивительно эффективными. Например, противовоспалительная диета может смягчить течение артрита, аллергии и других заболеваний в такой степени, что больному удастся снизить дозы принимаемых лекарств или вообще от них отказаться. Многие исследования подтвердили оздоравливающее действие средиземноморской диеты, способствующей долголетию и снижающей риск многих заболеваний. Диета DASH помогает снижать артериальное давление (DASH – это аббревиатура *dietary approach to stop hypertension* – «диетический подход к лечению гипертензии»). Исключение из пищевого рациона молочных продуктов часто приводит к уменьшению частоты рецидивов инфекционного воспаления среднего уха у детей и обострений хронического синусита у взрослых. Регулярное употребление сои с раннего детства является действенным средством профилактики гормонально обусловленных злокачественных новообразований – рака молочной железы у женщин и рака предстательной железы у мужчин. Вследствие того, что врачей не учат диетологии, многие из них не дают таких рекомендаций, полагаясь только и исключительно на лекарства.

Растительные лекарственные средства были основными в лечении множества заболеваний во многих культурах на протяжении всей истории человечества. Многие современные фармакологические средства были получены из растений или являются искусственно синтезированными аналогами веществ, содержащихся в растениях. Траволечение может во многих случаях оказаться безопасным и эффективным. Например, препараты из замороженной и высушенной крапивы (*Urtica dioica*) облегчают симптомы сенной лихорадки (зуд в глазах, чихание и насморк) так же эффективно, как и антигистаминные препараты, но без их побочных эффектов. Экстракт корня валерианы (*Valeriana officinalis*) служит хорошим и безопасным снотворным. Экстракты семян расторопши (марьяна чертополоха) защищают печень от токсических воздействий (алкоголя, летучих органических растворителей и фармакологических средств, оказывающих вредное

воздействие на этот орган). А из-за того, что врачей не учат ботанике, большинство из них не знают о том, как использовать лекарственные растения. Вместо этого назначаются фармакологические препараты.

Психосоматическая медицина – это общий термин для обозначения способов лечения, основанных на взаимодействии души и тела. К этим видам лечения относят гипноз, наведенные образы, визуализацию, биологическую обратную связь, медитацию и другие методы, сберегающие время и деньги. Я часто направляю больных к специалистам по психосоматической медицине и наблюдаю положительный эффект – у людей часто проходят такие заболевания, как атопический дерматит (экзема), синдром раздраженного кишечника и аутоимунные поражения. Из-за того, что психосоматической медицины нет в учебных планах медицинских факультетов, врачи в своем большинстве не направляют больных к таким специалистам и опять-таки назначают фармакологические лекарственные средства.

Дыхательная терапия – обучение больного целебным изменениям в способе дыхания и особым дыхательным техникам – оказывает замечательное воздействие на физиологические параметры организма. Дыхательная терапия не может причинить вреда, не требует никакого оборудования и ничего не стоит. С помощью дыхательной терапии можно избавиться больного от некоторых сердечных аритмий и заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также – я сам был свидетелем – от тревожности. Кроме того, дыхательная терапия очень хороша как простейшее и эффективное средство борьбы с последствиями стресса. Странно, что механику дыхания практически не изучают в университетах, а в результате очень немногие врачи учат больных правильно дышать и снова полагаются на лекарства.

В последнее время накоплено очень много данных о благотворном влиянии на здоровье физических нагрузок и упражнений. Повышение физической активности помогает предотвращать и лечить депрессию, способствует нормализации артериального давления, а в сочетании с диетическими мерами позволяет компенсировать сахарный диабет 2 типа. В этой области врачи получают определенную подготовку, но их не учат мотивировать больных к выполнению физических нагрузок, и в результате врачи и в этих случаях предпочитают назначать лекарства.

Мануальная терапия – хиропрактика и остеопатия, а также различные виды массажа – является безопасным и эффективным методом лечения не только заболеваний опорно-двигательного аппарата, но и других недугов. Краниальная терапия – разновидность остеопатического лечения – может способствовать предупреждению рецидивирующих инфекционных поражений среднего уха у детей, при этом отсутствуют побочные явления, которые могут возникать при назначении антибиотиков. Висцеральные манипуляции, к которым также прибегают врачи-osteопаты, могут улучшать функцию органов пищеварения. Большинство врачей незнакомы с мануальной терапией, поэтому не знают, когда следует направлять больных к специалистам этого профиля. Вместо этого они, как обычно, назначают фармакологические лекарственные средства.

Такие традиционные медицинские системы, как китайская медицина и аюрведа, опираются на множество методов лечения, включая диету, травяные средства, массаж и такие специфические методы, как иглоукальвание в китайской медицине и дезинтоксикация в аюрведе. С помощью этих методов можно эффективно лечить некоторые хронические заболевания, например, бронхиальную астму, аллергию и воспалительные заболевания кишечника. Иглоукальвание поразительно успешно справляется с синуситами, уменьшает боль в спине и смягчает течение депрессии. Но из-за того, что врачи не знают об этих системах лечения, они не направляют больных к соответствующим специалистам и вместо этого полагаются на лекарства.

Изготовители лекарств, известные под собирательным названием Большая Фарма, оказывают на врачей сильнейшее влияние. Фармацевтические фирмы финансируют проведение исследований, результаты которых затем внедряются в медицинскую практику, определяя ее принципы. В этих исследованиях эффективность новых препаратов всегда сравнивают с эффективностью плацебо, но никогда – с изменениями образа жизни, которые

могут оказаться столь же полезными, а иногда и лучшими. Информация, следуя которой врачи назначают препараты, поступает от фирм-изготовителей, а не из источников, основанных на реальной эффективности. Несмотря на то, что фармацевтические компании стараются скрыть свою заинтересованность и влияние, в лечебных учреждениях и сейчас можно встретить представителей компаний, убеждающих врачей назначать свои лекарства. Реклама фармацевтических препаратов является основным источником доходов медицинских журналов, подрывает их объективность и непредвзятость. В отборе статей на публикацию часто сквозит предвзятость, обусловленная заказами той или иной крупной фармацевтической фирмы.

К этому стоит добавить стремление пациентов принимать лекарства. Они верят в эффективность фармакологических средств не меньше, чем назначающие их врачи. Если обычный, средний врач предлагает больному попытаться обойтись без лекарств, то это значит, что врач просто не знает, что делать. Если больной после визита к врачу не получает рецепт на какое-либо лекарство, то он чувствует себя обманутым и идет к другому специалисту, в надежде, что тот выпишет ему какое-либо лекарство из тех, что рекламируют по телевизору. В последние годы коммерческая реклама рецептурных лекарств привела к повышению спроса на них. Новая Зеландия – это единственная страна, кроме Соединенных Штатов, где разрешена такая прямая реклама, предназначенная для потребителей. Это настоящее золотое дно для производителей лекарств и катастрофа для врачебной практики.

Надо еще принять в расчет, что нелекарственное лечение требует активного участия больных и длительного времени для достижения результата. В особенности это касается изменения образа жизни. Люди не станут менять свои пищевые привычки и не начнут заниматься гимнастикой, если их не мотивировать к этому. Многие люди предпочитают не тратить силы и вместо этого принимают таблетки. Стоимость таблеток часто полностью или частично покрывается медицинской страховкой. Но никто не оплачивает страховки за пищевые добавки, травяные средства или за нелекарственные методы лечения, о которых я упоминал выше.

Поэтому нет ничего удивительного в том, что мы утвердились в вере в то, что лекарства – это самый эффективный метод лечения.

Но почему эта вера вызывает такую озабоченность? Причин две: сомнение в безопасности и эффективности лекарств, на которые мы полагаемся.

Разница между лекарством и ядом заключается в дозе. (Слово «фармакология» происходит от греческого слова, обозначающего яд). Все лекарства по мере увеличения дозы проявляют токсичность, а некоторые яды в очень малых дозах являются весьма эффективными лекарствами. Лекарственные растения обычно безопаснее, чем очищенные вытяжки из них, потому что действующее начало присутствует в растении в малых дозах, составляя, обычно, не более 5–10% от сухого веса растения, а часто и меньше. Травяные растения – это разбавленные формы естественных лекарств. Конечно, действующее начало можно концентрировать в жидких и сухих экстрактах, но концентрация лекарства в них все равно будет ниже, чем в таблетке, состоящей из чистого лекарственного вещества. Путем химической модификации это вещество, это действующее начало, можно сделать еще более мощным. Этим, собственно, и занимаются химики-фармакологи. Мощные, очищенные и модифицированные лекарства полезны в лечении тяжелых и неотложных заболеваний, но мы применяем их во всех случаях, даже в легких. К несчастью, концентрация фармакологического начала неизбежно приводит и к повышению токсичности – эффективность и токсичность неразделимы.

Врачи привыкли думать, будто самые лучшие лекарства – это те, которые действуют быстро и мощно. Следствием этого убеждения является высокая частота побочных реакций на лекарства; выраженность этих реакций варьирует от легкого недомогания до серьезных расстройств и смерти.

Мой интерес к возможности лечить распространенные заболевания, не прибегая к фармакологическим средствам, возник после наблюдений случаев лекарственной

токсичности. Самое раннее впечатление – это смерть пациента в госпитале «Маунт-Сион» в Сан-Франциско в 1969 году. В то время я проходил там интернатуру. В течение месяца я стажировался в неврологическом отделении, где каждое утро ходил на обходы с двумя врачами и двумя резидентами. В отделение поступил больной с обширным нарушением мозгового кровообращения. Это был очень пожилой человек в возрасте далеко за восемьдесят. Он находился в коме, и было ясно, что шансов на выживание у него было очень немного. В симптоматике мы наблюдали весьма тревожные приступы судорог, которые становились день ото дня все более продолжительными. Старший врач хотел назначить для прекращения судорог фенитоин (дилантин), но я возразил, сказав, что в Гарварде нам говорили, что лучше в таких случаях вводить внутривенно не фенитоин, а диазепам (валиум). Врач разрешил мне попробовать.

Все остальные ушли в другую палату, а я попросил медсестру набрать в шприц валиум, а затем сам ввел препарат больному в вену, строго следуя инструкции по применению. Судороги прекратились в течение минуты. Я был страшно горд собой и вышел из палаты. Но уже через несколько минут мне на пейджер пришел экстренный вызов к этому больному. Инъекция валиума не только прекратила судороги, но и привела к остановке дыхания, от которой больной умер.

Неважно, что больной и без этого был при смерти, неважно, что инъекция валиума сделала его смерть легкой, избавив от мучений. Я был опустошен, я был просто уничтожен. Излишне говорить, что никогда с тех пор я не назначал валиум внутривенно (впрочем, как и другие мощные лекарственные средства).

Каждый год в Соединенных Штатах случаются сотни тысяч смертей в результате побочного действия лекарственных препаратов. При этом, мы говорим не о врачебных ошибках: во всех этих случаях врачи назначали нужное лекарство в адекватной дозе по соответствующим показаниям. Побочные реакции на лекарства являются четвертой по значимости причиной смерти в США и стоят между четвертым и шестым местом как причина смерти среди госпитализированных больных.

Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США требует от производителей лекарств описывать в инструкциях все возможные побочные эффекты. Иногда список таких реакций настолько велик, что занимает несколько страниц убористого текста. Сейчас у меня на столе лежит трехстраничный рекламный проспект, помещенный в общенациональном новостном журнале. Это реклама брекспипразола (рекзалти). Проспект озаглавлен: «Настало время ощутить уверенность, глядя на мир». Рекзалти – это антипсихотическое лекарство, первоначально предназначавшееся для лечения тяжелых психозов, но теперь его рекомендуют также и для лечения депрессии в сочетании с антидепрессантами. (В последнее время накапливаются данные о том, что широко используемые антидепрессанты не слишком эффективны, как, впрочем, и их сочетания. Подробнее об этом вы прочтете в главе 9). Реклама убеждает пациента: «Если прием антидепрессанта в течение восьми недель не устранил симптомы депрессии, то спросите у врача, не стоит ли вам добавить к лечению рекзалти?» Почти все пространство трех страниц, заполненных мелким шрифтом, занимает описание возможных побочных реакций и осложнений, которые могут возникнуть на фоне приема препарата, включая спутанность сознания, суицидальные мысли, неконтролируемые сокращения мышц, обменные нарушения, инсульт и смерть.

В радио- и телевизионной рекламе лекарственных средств ведущие вынуждены невероятной скороговоркой проговаривать все возможные неприятные и опасные побочные эффекты. Это производит невероятно комическое впечатление, но в самих побочных реакциях нет абсолютно ничего комичного или забавного.

Надо помнить о том, что все лекарства оказывают действие на многие органы и системы органов, а также на многие функции организма. Лекарства, тем не менее, рекламируют, прописывают и продают ради достижения какого-то одного желательного эффекта, а обо всем остальном пишут мелким шрифтом в разделе, посвященном побочным

реакциям и эффектам. Для некоторых несчастных именно побочный эффект может оказаться главным и иногда – единственным. Самые популярные антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – повышают содержание в головном мозге нейротрансмиттера серотонина. Мы игнорируем влияние этого лекарства на мускулатуру и половую функцию, если оно не затмевает положительное воздействие антидепрессанта на настроение. Антибиотики, которые мы используем для уничтожения или прекращения размножения болезнетворных бактерий, могут вредно воздействовать на функции печени и почек, а также нарушать пищеварение. Решая, назначить то или иное лекарство, врач должен учесть риск, а он намного превышает риск от изменения образа жизни и большинства немедикаментозных методов лечения.

Надо также принять во внимание, что индивиды по-разному реагируют на прием лекарств. Об этом упрямом факте при обучении студентов-медиков профессора упоминают, как правило, вскользь, как и фармацевтические компании в своих рекламных проспектах. Например, некоторые больные не переносят статины, так как они причиняют им боль в мышцах и слабость. Если значительное число больных проявляют нежелательные реакции в ответ на прием лекарств, то эти реакции называют «побочными эффектами». Если же таких больных мало, то их называют «идиосинкразическими реакциями» – то есть чисто индивидуальным феноменом. Различные реакции на одно и то же лекарство – это суть отражение генетического многообразия или особенностей биохимических реакций. На горизонте появилась таргетная терапия: анализ генома позволяет заранее выявлять возможные неблагоприятные реакции на те или иные лекарства – кто-то из больных отреагирует на него нормально, а кто-то – нет. В настоящее время врачи выписывают лекарство, надеясь на то, что положительный эффект превзойдет возможные побочные реакции.

Не стоит думать, будто продающиеся без рецепта лекарства начисто лишены токсичности. Они тоже могут стать причиной выраженных неблагоприятных реакций, а также могут взаимодействовать с другими лекарственными препаратами, повышая риск от их приема. Сейчас вы можете купить в аптеке различные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) и начать принимать их вместе с лекарствами, устраняющими желудочно-пищеводный рефлюкс (забрасывание желудочного содержимого в пищевод, причиняющее изжогу). Доступность лекарств обоих классов делает возможным их случайный совместный прием, который чреват некоторыми осложнениями. В следующих главах вы узнаете, как легко заполучить осложнения от приема таких безрецептурных средств, как вспомогательные снотворные средства или лекарства от гриппа и простуды.

Прием многих лекарственных средств (так же, как занятия и виды деятельности, которым мы охотно предаемся) чреват риском. Ключевой момент – это умение соотнести возможную пользу с потенциальным риском. Иммунизация может причинить вред, но, по моему мнению и по мнению медицинского научного сообщества, польза от прививок намного превышает их возможный вред. Другими словами, вред, причиняемый болезнями, против которых направлены прививки, намного превышает вред от прививок. Это, конечно, слабое утешение для родителей ребенка, пережившего тяжелые осложнения прививки, но, тем не менее, это верно.

Я часто прошу врачей и студентов составить список лекарств, которые они взяли бы с собой, отправляясь на необитаемый остров. Мой личный список включает аспирин, пенициллин, морфин, преднизолон и несколько других лекарств, подтвержденная опытом эффективность которых настолько велика, что выигрывает в оценке соотношения вреда и пользы. Я не стал бы включать в этот список ни одно из лекарств, которые сейчас так назойливо рекламируют по телевидению, на радио и в печатных СМИ. Мое мнение таково, что производители последовательно выпячивают благотворное действие этих лекарственных средств и преуменьшают риск, связанный с их приемом.

Лекарства часто бывают очень эффективными сразу после их внедрения в медицинскую практику, потом эта эффективность несколько снижается и становится еще

меньше по прошествии времени. В самом деле, очень часто можно слышать призывы принимать какое-либо новое лекарство, пока оно не «утратило свою эффективность». Это явление есть отражение ответа на плацебо – то есть лекарство оказывается эффективным, потому что пациенты верят в его полезное действие. Врачи и больные больше верят в эффективность новых лекарств, и этот ниб усиливает воображаемую мощь нового лекарства, добавляя ее к реальной эффективности. Я целиком и полностью поддерживаю применение эффекта плацебо в медицине; я против мнения некоторых специалистов о том, что эффект плацебо надо устранить из врачебной практики. Напротив, я считаю, что нам надо как можно чаще использовать этот эффект. В конце концов, эффект плацебо говорит об активации собственных исцеляющих сил организма. Мне кажется, выявлять эффект плацебо надо не путем обмана пациента, давая ему сахарные пустышки, а путем убеждения, причем по возможности более мягкого. Я бы предпочел назначать менее мощные лекарства для повышения вероятности полезного эффекта и снижения вероятности вреда.

Прекрасной иллюстрацией здесь может служить история внедрения в медицинскую практику ингибиторов обратного захвата серотонина. Когда в 1986 году на рынок лекарств поступил флуоксетин (прозак), его сразу же объявили прорывом в лечении депрессии. В последующие годы прозак и родственные ему лекарства были назначены миллионам людей. Эффективность этих антидепрессантов была документально подтверждена в многочисленных рандомизированных контролируемых исследованиях (эти исследования считаются золотым стандартом исследования эффективности лекарственных препаратов). На рубеже двадцать первого века стало понятно, что мощь воздействия прозака на депрессию начинает уменьшаться. Стали публиковаться данные о растущем числе побочных эффектов, и, кроме того, ученым стало труднее отличать истинное действие прозака на депрессию от эффекта плацебо. Поборники применения антидепрессантов признают, что это так в случаях легкой депрессии, но продолжают утверждать, что ингибиторы обратного захвата серотонина по-прежнему эффективны при умеренно выраженной и тяжелой депрессии. Проведенные исследования не смогли доказать эффективность этих лекарств при умеренно выраженной депрессии. Сторонники назначения прозака пока держатся за убеждение в том, что он все же эффективен при лечении тяжелой депрессии, особенно в сочетании с антипсихотическими препаратами типа рекзалти.

Все законы, установления и протоколы, все клинические испытания, включая рандомизированные контролируемые исследования, не всегда препятствуют попаданию на рынок опасных или бесполезных лекарств. Клинические испытания можно подогнать под результат, данными можно произвольно манипулировать, а результаты произвольно интерпретировать для того, чтобы сделать новое лекарство как можно более привлекательным, и только впоследствии, на практике, выяснится, что они не настолько эффективны, как о них думали на основании результатов исследований.

Но даже в тех случаях, когда лекарство действительно работает, оно иногда не делает того, чего мы от него ждем. Лекарства, стимулирующие рост костей, широко используются в лечении остеопении и, на самом деле, увеличивают костную массу у принимающих их больных, но предупреждает ли лечение ими переломы? Ведь профилактика была, пожалуй, единственной целью разработки и назначения бифосфонатов. Как мы узнаем из главы 15, предупреждает, но не очень хорошо. Статины весьма эффективно снижают содержание в крови «плохого» холестерина, холестерина липопротеинов низкой плотности, но улучшает ли это состояние здоровья больных и снижает ли риск инфаркта миокарда? Из главы 2 вы узнаете, что это происходит «не обязательно».

Больше того, при длительном приеме многие из широко применяемых лекарств могут, на самом деле, продлевать или даже усугублять течение заболеваний, по поводу которых их назначают. Причина имеет отношение к гомеостазу, основному принципу физиологии, согласно которому организм всегда стремится сохранить постоянство своей внутренней среды. (Слово «гомеостаз» происходит от греческих корней, означающих «состояние покоя»). Если какая-то внешняя сила нарушает равновесие веществ, составляющих среды

организма, то организм реагирует таким образом, чтобы восстановить исходное равновесие. Если, например, уменьшить поступление в организм калорий, то он отреагирует замедлением обмена веществ, к великому огорчению сидящих на диету людей.

Многие медикаменты подавляют нормальные физиологические реакции или противодействуют им. Смысл сказанного можно легко понять, если вспомнить названия категорий лекарственных средств. Мы принимаем спазмолитические, гипотензивные, антидепрессивные, противовоспалительные и противоишемические средства. Такие препараты полезны при кратковременном применении, когда происходят резкие и быстрые нарушения равновесия телесных функций. Когда же прием лекарств затягивается, особенно в тех случаях, когда врач и больной игнорируют глубинные причины болезни, больной попадает в гомеостатическую ловушку. Организм начинает реагировать на фармакологическое воздействие, и снижение дозы лекарства или его отмена во избежание так называемого рикошета становится затруднительным.

Например, назначьте пациенту с желудочно-пищеводным рефлюксом лекарство, нейтрализующее кислоту желудочного сока и угадайте, что произойдет дальше? Правильно, желудок начнет продуцировать больше кислоты, и если лекарство будет отменено, то симптомы изжоги станут еще более выраженными. В самом деле, если назначить такие лекарства (антациды) человеку, не страдающему никакими желудочными нарушениями, а через пару месяцев отменить лекарство, то у испытуемого может развиться сильная изжога. Представьте себе, что происходит, когда больной с депрессией постоянно получает ингибиторы обратного захвата серотонина. Механизмы сохранения гомеостаза отреагируют на повышение содержания серотонина в головном мозге уменьшением его продукции и уменьшением числа рецепторов к нему, а это приведет не только к невозможности отмены лекарства, но и к усугублению симптомов депрессии.

В следующих главах вы узнаете о других примерах непредсказуемых последствий веры в лекарства, иллюстрирующих естественную склонность организма сопротивляться любым отклонениям гомеостаза. Боюсь, что таких примеров с каждым годом становится все больше и больше. Эта ситуация должна побудить врачей и пациентов к поиску путей лечения хронических заболеваний без непременно назначения сильнодействующих лекарственных препаратов. Позволю себе повториться: лекарственная терапия может спасти больному жизнь в случаях крайне тяжелого или острого заболевания и является важной составляющей лечения и хронических заболеваний, но в контексте дополнительных мероприятий, предусматривающих изменения образа жизни и немедикаментозное лечение. Длительное назначение лекарств как единственный метод лечения – это недалекий подход к ведению хронических больных.

Причина, побудившая меня написать эту книгу, предельно проста. Я уверен, что лишь очень немногие больные, длительно принимающие популярные лекарства, знают, как они действуют, перевешивает ли их благотворный эффект вредное побочное воздействие, и существуют ли иные методы лечения, которые можно использовать вместе или даже вместо лекарственной терапии. Я начал писать книгу с составления списка лекарств, неумеренное назначение которых вызывает у меня наибольшую озабоченность. Эти лекарства назначают чрезмерно часто, иногда без должных показаний и в неадекватных дозах:

Антибиотики

Статины

Антацидные вещества

Антигистаминные средства

Лекарства от гриппа и простуды

Снотворные средства

Стероиды

Нестероидные противовоспалительные средства

Опиоиды

Гипотензивные лекарства (снижающие артериальное давление)
Лекарства для лечения сахарного диабета
Лекарства для лечения остеопороза и других предболезней

Так как я не специалист по всем этим категориям лекарственных средств, я попросил коллег соответствующих специальностей помочь мне в сборе и оценке важной информации об этих группах лекарств. Большинство авторов этой книги являются выпускниками или сотрудниками центра интегративной медицины при Аризонском университете. Кроме того, я попросил педиатра написать о чрезмерном назначении лекарств детям, а геронтолога – о чрезмерном увлечении лекарствами у больных пожилого и старческого возраста. Обе эти крайности вызывают большую озабоченность. Кроме того, я попросил специалиста-фармаколога написать главу о передозировках и неадекватном назначении лекарственных средств.

Последний пункт мне хотелось бы разяснить особо. Из всех медицинских специалистов фармакологи и фармацевты больше других знают о лекарствах, как отпускаемых свободно, так и по рецептам. Кроме того, фармаколог может порекомендовать врачу и больному оптимальный способ введения того или иного лекарства, проконсультировать их о возможном неблагоприятном взаимодействии с другими лекарственными веществами. К сожалению, фармакологи редко принимают непосредственное участие в лечении больных. (В идеале, они должны также давать советы в отношении назначения трав, пищевых добавок и других натуральных веществ, предложенных в качестве средств улучшения здоровья и лечения болезней; однако в этой последней области подготовка фармакологов явно хромает). В главе 18 Ким ДеРодс, дипломированный фармацевт, объясняет, каким образом ее коллеги могут помогать больным: фармацевты могут проводить с больными занятия, в ходе которых помогают мудро пользоваться лекарствами и избегать осложнений, связанных с их приемом.

Каждая глава включает в себя описание одного или двух клинических случаев – историй болезни реальных пациентов, у которых возникли проблемы при приеме лекарств из приведенного выше списка. При этом я объясняю механизм действия лекарств, их пользу и возможный риск. Кроме того, я пишу об альтернативных способах лечения болезней, для борьбы с которыми были созданы обсуждаемые лекарства, и рассказываю, каким мог быть подход интегративной медицины к этим случаям.

Отрицательные последствия чрезмерного назначения фармакологических препаратов не ограничиваются побочными реакциями, негативным лекарственным взаимодействием, отсутствием эффекта и непредвиденным ухудшением течения заболевания. Стоимость лекарств, особенно тех, которые продаются в аптеках по врачебным рецептам – это огромная нагрузка на пациентов, на их семьи и на всю нашу, не справляющуюся со своими задачами, систему здравоохранения. Наценка на лекарственные средства выше, чем на любой другой рыночный товар. Большая Фарма оправдывает это высокой стоимостью исследований, но траты компаний на научные исследования – это лишь ничтожная доля расходов на рекламу и продвижение новых лекарств. Если вы американец, то вам следует знать, что вы платите за выписанные вам лекарства намного больше, чем граждане других стран – иногда вдвое – за аналогичные лекарства.

Дороговизна лекарственных препаратов часто маскируется страховыми выплатами, но будьте уверены – фармацевтические компании все равно получают свои деньги; в конечном итоге, мы все платим им дань. Расходы на лекарства в нашей стране достигают в среднем 1000 долларов на душу населения. США тратят на рецептурные лекарства почти 300 миллиардов долларов в год – это значительно удорожает здравоохранение. Почти в каждом случае лечение у специалиста по интегративной медицине, которая делает основной упор на изменение образа жизни, разумное использование природных лекарств и нелекарственные методы лечения, стоит гораздо дешевле, чем длительный прием лекарств по поводу банальных, распространенных заболеваний.

Намного меньше внимания уделяют воздействию массового приема лекарств на окружающую среду. Многие фармакологические средства не усваиваются организмом, не всасываются в кровь или не подвергаются в организме химическим превращениям. Эти лекарства в неизменном виде покидают организм больного и загрязняют окружающую среду, когда мы спускаем их в унитаз или выбрасываем на свалку. Лекарства эти накапливаются в воде, которую мы пьем, и в продуктах, которые мы едим. Каждый из нас, таким образом, невольно регулярно принимает небольшие дозы разнообразных лекарств, но мы не знаем, какое влияние они оказывают на наше здоровье в долгосрочной перспективе. Мы знаем о том, что регулярно появляются штаммы бактерий, устойчивых к антибиотикам – это серьезная проблема для общественного здравоохранения в результате постоянного присутствия этих лекарств в отходах сельскохозяйственного производства. (Практически все животные, мясо которых мы едим, и даже рыба, которую выращивают на фермах, получают антибиотики для ускорения роста).

Информация, которую вы почерпнете в этой книге, поможет вам стать мудрым потребителем. Вы сможете разобраться, какие фармакологические средства вам на самом деле нужны, сможете взвесить их пользу и вред, а также противостоять настойчивой рекламе Большой Фармы. Мне бы хотелось, чтобы вы знали, что многие заболевания, которые обсуждаются в следующих главах, можно лечить без назначения лекарств или, согласно правилам интегративной медицины, меньшим числом препаратов, или менее мощными средствами, или в сочетании с другими методами терапии.

Когда я был еще ребенком, в сороковые и пятидесятые годы, врачи выписывали рецепты на латинском языке, чтобы держать больного в неведении относительно назначенного лекарства. Для того, чтобы получить лекарство, больной должен был идти в аптеку и давать рецепт провизору, который стоял за высокой стойкой, чтобы больной не видел, что провизор делает. Очень немногие пациенты задавали вопросы о показаниях к назначению лекарств и о механизмах их действия. Конечно, времена изменились. Патерналистский и авторитарный подход к больному вышел из моды, а интернет сделал медицинскую информацию доступной для всех, у кого есть компьютер. Но, на мой взгляд, люди до сих пор задают мало вопросов о назначенных им лекарствах, что лишь усугубляет проблему. Принимать лекарство только потому, что так велел доктор – не самый удачный образ действий. Всегда стоит попытаться понять, зачем и почему вам надо принимать именно это лекарство.

Конечно, вы можете прочитать эту книгу от корки до корки, но на самом деле ее можно использовать как справочное пособие. Если вам назначено одно из упомянутых в книге лекарств, то вероятно вы захотите узнать о нем, прежде чем начать его принимать. Если то, что вы прочли, вас насторожило, последуйте моему совету:

- Никогда внезапно не прекращайте прием назначенного вам лекарства.
- Прием лекарства надо прекращать постепенно и только под наблюдением врача.
- Никогда не пытайтесь отказываться от приема лекарств до начала альтернативного лечения (при условии его эффективности).

Врачи, с которыми вы консультируетесь, могут быть незнакомы с методами нелекарственного лечения или с принципами интегративной медицины, изложенными в этой книге. Мои коллеги и я много работаем с врачами, стремясь донести до них полезные знания в этой области. Если врачи, с которыми вы советуетесь, негативно относятся к нелекарственным методам лечения или к интегративной медицине, попробуйте обратиться к сведущим в интегративной медицине специалистам.

Примечание о названиях лекарств

Лекарства, как правило, известны по своим генерическим или фирменным (патентованным) названиям. Когда я пишу о лекарствах, то сначала привожу генерическое наименование, а затем, в скобках, фирменное название. Когда заканчивается срок действия

патента на лекарство, в аптеках появляются более дешевые дженерики.

Глава 1. Антибиотики

Я начал описание разных групп лекарственных средств с антибиотиков, потому что их история преподает нам мрачный урок того, что может случиться от чрезмерного использования и неразборчивого применения сильнодействующих лекарств.

Пенициллин был выделен из плесени в 1928 году, а массовое лечение инфекционных заболеваний этим лекарством началось в 1942 году. Из-за нехватки пенициллина, его вначале вводили только военным, раненым на полях Второй Мировой войны, и уже после ее окончания пенициллин появился на рынке. Это было подобно чуду. Пенициллин спас бесчисленное множество человеческих жизней. В течение последующих лет ученые открыли множество других антибиотиков; по большей части, их выделяли из плесени и других родственных ей организмов. В природе за ресурсы и территорию бактерии конкурируют с грибами; антибиотики – это химические вещества, которые грибы стали секретировать в ходе эволюции для борьбы с бактериями. Эти вещества, антибиотики, либо останавливают размножение бактерий, либо просто их убивают.

Я очень хорошо помню мой первый опыт приема пенициллина в пятилетнем возрасте, когда я слег с острой ангиной. Наш семейный доктор, всеми любимый врач общей практики, пришел к нам домой, осмотрел меня и сказал, что выпишет мне новое чудо-лекарство. Я получил его в виде тонких желтоватых таблеток с мятым вкусом. Их надо было принимать каждые четыре часа – брать в рот и сосать до полного растворения. Таблетки надо было хранить в холодильнике, они казались мне волшебными и красивыми. В течение нескольких дней ангина прошла бесследно.

Открытие антибиотиков произвело в медицине революцию. В самом начале эти лекарства были удивительно эффективны. Если бы мы разумно ими пользовались – применяя только в случае тяжелых бактериальных инфекций – они бы до сих пор служили нам верой и правдой. Вместо этого мы – я имею в виду врачей, медицинских сестер, фармацевтов и самих больных – использовали их бездумно и бессистемно. В результате мы стимулировали эволюцию бактерий, спровоцировали появление устойчивых штаммов, причем весьма агрессивных и вирулентных, таких как, например, устойчивые к метициллину золотистые стафилококки. Устойчивость бактерий к антибиотикам стала настолько распространенной, что создала большую угрозу общественному здоровью. Во многом мы теперь находимся в худшем положении, чем во времена, когда антибиотиков не было, и это бедствие мы создали своими руками.

Позвольте привести наглядный пример.

Шона – женщина двадцати одного года, заболела инфекционным синуситом. Она обратилась к врачу, который назначил ей двухнедельный курс лечения амоксициллином (антибиотик из группы пенициллинов, продающийся в аптеке под названием аугментин), предполагая бактериальный характер инфекции. После приема третьей таблетки Шона ощутила сильный зуд на коже груди и спины. Она позвонила врачу, и он сказал, что это, скорее всего, аллергия, и прием антибиотика следует прекратить. Он назначил другой антибиотик, азитромицин (зитромакс, сумамед) для продолжения двухнедельного курса. За несколько дней до окончания курса у Шоны развился понос. Врач сказал, что эта реакция встречается довольно часто, и уверил больную, что понос пройдет сам через несколько дней после окончания приема азитромицина.

Но понос не прошел. Наоборот, он усилился настолько, что Шона обратилась в пункт скорой помощи, где ей начали внутривенно переливать жидкости для предупреждения тяжелого обезвоживания. Кроме того, врачи выполнили несколько анализов кала, чтобы исключить паразитарную или инфекционную причину поноса. Шону выписали домой с рекомендацией принимать другой антибиотик – метронидазол (флагил) – для лечения

возможной бактериальной причины расстройства. На следующий день Шона заметила в кале примесь крови и в панике позвонила врачу. Ответившая за него медсестра сказала, что это, скорее всего, результат раздражения прямой кишки длительным поносом.

Шона не поверила медсестре, потому что крови было слишком много. Она снова обратилась на скорую помощь, где у нее обнаружили выраженную анемию. Больной сделали компьютерную томографию с контрастированием, которая показала, что у пациентки псевдомембранозный колит – воспаление кишечника, сопровождающееся обильным кровотечением. Врачи сказали, что это заболевание вызывается опасным микроорганизмом *Clostridium difficile*, микробом, который обычно начинает размножаться на фоне приема антибиотиков. Для лечения колита Шоне назначили еще более мощный антибиотик – ванкомицин, который считают самым эффективным средством лечения инфекций, вызванных клостридиями. Болезнь отступила, но ровно до того момента, когда Шона прекратила прием ванкомицина. После нескольких курсов врачи решили, что у больной рецидивы клостридиального колита. К тому времени Шона, женщина ростом около 170 см, весила 40 кг, потеряв за время болезни в весе около 10 кг.

Родители Шоны отвели дочь к специалисту по интегративной медицине, который начал лечить ее большими дозами пробиотиков – взвесями полезных микроорганизмов – включая *Sacharomyces boulardi*, плесневыми грибами, полезными при клостридиальных кишечных инфекциях. Врач рекомендовал полностью воздержаться от полуфабрикатов, в особенности от тех, которые содержат добавки, вредные для пищеварения, например, каррагинин и полисорбат-80, а также рекомендовал исключить сладкие блюда и злаки, чтобы уменьшить нагрузку на кишечник. Кроме того, врач направил Шону к гастроэнтерологу, который выполнил каловую трансплантацию, которая в настоящее время все шире применяется в лечении бактериальных поражений кишечника, устойчивых к лечению антибиотиками. Одновременно Шона принимала травы, стимулирующие иммунитет – эхинацею, грибы рейши и астрагал. Понос наконец прекратился, в течение шести недель Шона набрала прежний вес и смогла вернуться к учебе.

Конечно, случай Шоны – это крайность, но, к несчастью, такие крайности становятся все более частыми, демонстрируя негативные стороны неумеренного применения антибиотиков. Антибиотики нарушают пищеварение и у 30 % больных становятся причиной диареи. В большинстве случаев симптомы бывают легкими и проходят самостоятельно вскоре после того, как больной прекращает прием антибиотика. В 15–20 % случаев поноса его причиной является *Clostridium difficile*, «оппортунистический» микроорганизм, который получает возможность бесконтрольного размножения после того, как антибиотик убивает полезную микрофлору, которая не дает размножаться клостридиям. Ежегодно в Соединенных Штатах клостридиальная инфекция такого типа развивается у 500.000 человек. Почти все такие случаи возникают на фоне приема антибиотиков. Из этих пятисот тысяч человек тридцать умирают.

Антибиотики назначают в случаях подтвержденной и предполагаемой бактериальной инфекции, включая воспаление среднего уха, ангину, пневмонию, инфекции мочевых путей, болезни, передающиеся половым путем – сифилис, гонорею, а также болезнь Лайма, инфекции, сопутствующие клещевому энцефалиту и угри. Иногда антибиотики назначают и при отсутствии явной бактериальной инфекции для ее предупреждения – например, перед или после хирургической операции. Антибиотики не действуют на вирусы.

К антибиотикам в широком смысле слова относят пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, макролиды, сульфаниламиды, тетрациклины и хинолоны. Врач выписывает антибиотик определенного класса для лечения подтвержденной или предполагаемой инфекции, принимая в расчет такие дополнительные факторы, как возраст больного, наличие в анамнезе аллергии и сопутствующие заболевания.

К сожалению, антибиотики могут проявлять свои негативные свойства, даже если их назначают по адекватным показаниям, соблюдая все положенные правила, как это станет ясно из следующего раздела.

Проблемы, связанные с приемом антибиотиков

Устойчивость к антибиотикам

Устойчивость к антибиотикам развивается в тех случаях, когда бактерии приобретают способность нейтрализовать действие лекарства и продолжают размножаться в его присутствии. Всякий раз, когда применяют антибиотик, он действует как селективный агент для бактерий, которые могут сопротивляться его действию, выживать и передавать свои гены потомству. Такая селекция может произойти стремительно, потому что бактерии размножаются очень быстро, и все мутации, приводящие к развитию устойчивости, сразу передаются следующим поколениям микробов. Чем более широко применяется антибиотик, тем скорее появляются устойчивые к его действию штаммы бактерий.

Устойчивость может развиваться и без участия человека в результате того, что бактерии вырабатывают устойчивость в отношении антибиотиков, продуцируемых грибами или другими бактериями. В подавляющем большинстве случаев устойчивость является рукотворной и возникает в ответ на чрезмерное увлечение антибиотиками и на их неадекватное назначение. Гены, определяющие устойчивость, позволяют бактерии выживать и расти в присутствии одного или нескольких антибиотиков. Так как бактерии могут постепенно приобретать несколько видов устойчивости, то они могут стать устойчивыми к целым классам антибиотиков.

Врачи часто назначают антибиотики по поводу незначительных инфекций, для профилактики потенциальных инфекций, а также по поводу других желудочно-кишечных расстройств, для длительного лечения, например, при угрях (такое лечение может продолжаться годами), розовом лишае и других заболеваниях, в которых бактерии могут играть какую-то роль, но отнюдь не всегда и даже не в большинстве случаев. Самое страшное, что антибиотики иногда назначают при вирусных инфекциях, когда назначение антибактериальных лекарств является попросту бессмысленным. Больные с вирусными поражениями верхних дыхательных путей, когда болезнь затягивается, требуют от докторов антибиотики, и те часто идут на поводу у таких больных. При этом организм буквально превращается в фабрику по производству устойчивых к антибиотикам бактерий, которые затем начинают распространяться, причиняя массу неприятностей – и это особенно прискорбно в тех случаях, когда для назначения антибиотиков не было никаких разумных показаний. В 2009 году американцы потратили почти миллиард долларов на антибиотики. Лечение устойчивости к антибиотикам ежегодно обходится системе здравоохранения в 20 миллиардов долларов.

Устойчивость к антибиотикам возникает и от других причин. Антибиотиками в качестве пестицидов опрыскивают посевы культурных растений, а также ежедневно вводят скоту для стимуляции роста. В 2012 году животным на фермах ввели ужасающее количество антибиотиков – 32 миллиона фунтов, то есть в четыре раза больше, чем было в том же году назначено больным людям. Животные, которым вводят антибиотики, выращиваются в скученности и в плохих условиях, а затем их массово забивают и разделывают. Устойчивые к антибиотикам бактерии распространяют по свету рабочие ферм, члены их семей. Часть бактерий распространяется с навозом; эти бактерии, попадая в почвенные воды, могут заражать водопроводную воду. Сальмонеллы, которые часто встречаются в мясе, в настоящее время в 5 % случаев являются устойчивыми к антибиотикам пяти или более классов, а в 3 % случаев они устойчивы и к цефтриаксону (роцефину), антибиотику первой линии в лечении сальмонеллеза у детей. Следы антибиотиков обнаруживаются в мясе крупного рогатого скота, свинине, птице, молоке и молочных продуктах, а также в выращенной на фермах рыбе. (Недавно было объявлено, что в ответ на растущую озабоченность общества некоторые рестораны фаст-фуда стали, якобы, закупать только

мясо, не загрязненное антибиотиками).

Токсичность

Токсичность антибиотиков варьирует в зависимости от класса: от легких форм до угрожающих жизни. Пенициллин и цефалоспорины могут вызывать сыпь и понос, а аминогликозиды могут привести к потере слуха и поражениям почек. Макролиды, такие как эритромицин, часто вызывают тошноту и боль в животе; тетрациклины приводят к появлению аномального окрашивания зубов у маленьких детей, а сульфаниламиды могут вызывать повышенную чувствительность к солнечному свету. Хинолоны иногда становятся причиной воспаления глаз, повышенной чувствительности к солнечному свету, бессонницы, повышенной утомляемости, а в редких случаях – разрывов сухожилий. Кроме того, хинолоны часто вызывают жестокие поносы в связи с усиленным размножением *Clostridium difficile*.

Аллергические реакции

Аллергия на антибиотики – это самая частая разновидность лекарственной аллергии как у взрослых, так и у детей. Аллергия на антибиотики возникает у одного из пятнадцати получающих антибиотики больных, и чаще всего аллергию вызывают цефалоспорины. Аллергия на антибиотики может проявиться в форме немедленной или отсроченной реакции. При первом типе у больного вслед за приемом антибиотика развивается отек губ и лица, крапивница, зуд в носоглотке, рвота, а иногда и нечто более серьезное, например, анафилаксия (анафилактический шок). Симптомы замедленной аллергической реакции могут значительно варьировать: возможны покраснение кожи, отеки, нарушение функций различных органов (гепатит, нефрит), а также отклонения в анализах крови. Наиболее тяжелые реакции замедленного типа могут угрожать жизни.

Иногда аллергия на антибиотики возникает совершенно неожиданно в ответ на их непредсказуемый прием. В одном из исследований был описан случай с канадской девочкой, у которой после приема в пищу черничного пирога возникла аллергическая реакция немедленного типа – покраснение лица, крапивница и затруднение дыхания. Девочка была доставлена в госпиталь, где ей сделали инъекции адреналина и других антиаллергических лекарств. Больная выздоровела. Затем врачи принялись выяснять причину аллергии. У девочки в анамнезе была аллергия на молоко, но анализ показал, что в пироге не было даже следов молока. Результаты всех других анализов на потенциальные аллергены тоже оказались отрицательными. Однако в конце концов удалось выяснить, что в пироге содержался антибиотик. Врачи провели пробу со стрептомицином, антибиотиком, который часто используют в качестве пестицида, и девочка отреагировала на стрептомицин так же, как на черничный пирог. Аллергические реакции на следы антибиотиков, содержащиеся в овощах и фруктах, часто остаются нераспознанными, так как в описании состава пищевых продуктов антибиотики, как правило, не упоминаются. При подозрении на аллергическую реакцию на антибиотики образцы пищевых продуктов приходится отправлять в специализированные лаборатории.

Нарушение микробиома

В наших организмах число бактериальных клеток в десять раз превосходит число наших собственных, «человеческих», клеток. По большей части эти бактериальные клетки обитают в нашем кишечнике. Эти бактерии помогают нам переваривать пищу, а также синтезируют некоторые витамины. Кроме того, эти микробы укрепляют наш антибактериальный иммунитет, подавляя рост микро-организмов, способных вызвать инфекционные болезни и вредно влияющих на наши телесные и ментальные функции.

Антибиотики нарушают равновесие в составе микробиома, подавляя способность иммунной системы точно отличать безвредные соединения от потенциально вредных. Разбалансированная кишечная микрофлора делает слизистую оболочку кишечника более проницаемой, что позволяет крупным молекулам, которые обычно остаются в просвете кишок, проникать в кровь, что приводит к развитию таких реакций, как аллергия или аутоиммунное поражение.

В одном исследовании мышам добавляли в рацион дрожжевые грибки, обитающие на коже человека, после того, как части подопытных мышей провели курс приема антибиотиков. Обычно эти дрожжевые грибки не могут жить в организме мышей, но из-за того, что антибиотики подавили нормальную микрофлору кишечника, дрожжевые грибки выжили в организмах мышей и начали там размножаться (так же, как вагинальная грибковая флора начинает размножаться после того, как женщине назначают антибиотики). В течение следующих двух недель мыши периодически вдыхали воздух, в котором были распылены споры грибков, как правило, вызывающих у мышей аллергические реакции. Мыши, получавшие антибиотики, реагировали сильнее, чем мыши, не получавшие антибиотиков. Ученые предположили, что аллергия обусловлена нарушением состава микрофлоры кишечника, что усиливает предрасположенность к дыхательной или иной аллергии. Отсутствие полезных бактерий в кишечнике некоторые специалисты считают причиной развития воспалительных и даже онкологических поражений кишечника.

В опубликованной в 2001 году в журнале “*Nature*” статье утверждается, что изменения микробиома облегчают заражение опасными микробами, потому что важная роль нормальной микрофлоры заключается в предупреждении колонизации кишечника болезнетворными микроорганизмами. Антибиотики не только вызывают нарушение состава кишечной флоры. У детей, рожденных женщинами, принимавшими антибиотики во время беременности, а также у 30 % детей, появившихся на свет с помощью кесарева сечения, состав микробиома нарушен с самого начала жизни. Этот факт вызывает большую озабоченность, потому что отсутствие многообразной дружественной флоры в кишечнике может способствовать возникновению множества заболеваний и осложнений. Даже один курс антибиотической терапии может надолго (или навсегда) изменить состав кишечной флоры. В одном исследовании было показано, что после однократного курса внутривенного лечения антибиотиками состав бактериальной каловой флоры значительно изменился, причем в кале выросло содержание таких вредоносных бактерий, как *Clostridium difficile*.

Изменения в микробиоме, вызванные приемом антибиотиков, могут даже приводить к ожирению. Микробная флора людей, страдающих ожирением, значительно отличается по видовому составу от флоры людей, ожирением не страдающих. Низкокалорийная диета, бедная углеводами и жирами, изменяет состав кишечной микрофлоры и повышает число бактериальных штаммов, чаще обнаруживаемых у худых людей. Можно предположить, что определенные виды бактерий чаще встречаются в кишечнике при ожирении, потому что эти бактерии способны более эффективно извлекать энергию из пищи.

Повреждения митохондрий

Митохондрии, называемые часто «энергетическими станциями» клетки, производят энергию как в животных, так и в растительных клетках. Некоторые ученые считают, что митохондрии – это древние бактерии, которые затем стали критически важной частью крупных соматических клеток. Поэтому неудивительно, что в нескольких исследованиях было показано, что такие популярные антибиотики, как доксициклин, ампициллин, ципрофлоксацин, левофлоксацин и целый класс бета-лактамов антибиотиков, оказывают разрушительное воздействие на функцию митохондрий. Некоторые антибиотики нарушают механизмы, защищающие митохондрии от окислительных повреждений. Другие антибиотики поражают митохондриальную ДНК. Детали влияния антибиотиков на функции митохондрий у человека пока неизвестны, но ученые наблюдали неблагоприятные

последствия пересадки некоторых распространенных растений с необработанной почвы на почву, обработанные доксициклином. Была отмечена «задержка роста, иногда весьма заметная», иногда буквально спустя несколько дней, несмотря на то, что концентрация антибиотика в почве не превышала таковую в почве многих сельскохозяйственных угодий. Задержка роста оказалась обусловленной нарушением функции митохондрий.

Подход интегративной медицины к лечению и профилактике инфекционных болезней

Некоторые наиболее эффективные способы профилактики заражения инфекционными болезнями обманчиво просты, как, например, мытье рук с мылом и домашний отдых во время болезни (точно так же, надо подержать ребенка дома, пока он болен). Изолирую себя, вы не только снижаете риск заражения окружающих, но и ускоряете собственное выздоровление.

Чаще всего микробной инфекцией люди заражаются, прикасаясь к глазам, носу или рту после контакта рук с зараженными поверхностями. Возможно, вы не считаете себя человеком, склонным к прикосновениям к собственному лицу, но ученые Калифорнийского университета в Беркли установили, что человек в среднем прикасается к глазам, носу или рту 15,7 раза в час. Мытье рук мылом и теплой водой в течение двадцати секунд заменяет применение обеззараживающих растворов, в особенности если руки загрязнены жиром или вымазаны землей. В 2016 году американское Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами запретило использование антибактериальных средств при изготовлении мыла, руководствуясь, в том числе, соображениями о безопасности и сомнительной эффективности антибактериальных средств.

Мнение об эффективности хлорной извести как обеззараживающем средстве несколько преувеличено. Исследования с участием детей, проведенные в Нидерландах, Финляндии и Испании, показали, что дети, контактирующие с поверхностями, обеззараженными хлорной известью, чаще заболевают инфекциями верхних дыхательных путей, включая грипп, бронхит и тонзиллит, в сравнении с детьми, живущими в домах, где дезинфицирующие средства не применяются. Действительно, многие специалисты считают, что чрезмерное увлечение обеззараживающими средствами является большой ошибкой. Применение антисептических средств приводит к усиленному размножению устойчивых к ним болезнетворных бактерий и ослабляет иммунитет. Это происходит согласно «гигиенической гипотезе», утверждающей, что иммунная система укрепляется в результате регулярных контактов с микроорганизмами в раннем детстве. Дети, растущие в чрезмерно чистой обстановке, чаще страдают аллергией, астмой и более подвержены инфекциям, чем дети, растущие в семьях с животными, на фермах, и дети, которым родители позволяют играть в земле.

Многочисленные исследования показывают несостоятельность прежних убеждений в том, что все бактерии являются вредными. Это опасное и вредное заблуждение. Бактерии, вирусы, грибы и даже паразиты, соперничая друг с другом, поддерживают в нашем организме необходимое равновесие в составе микробиома. Чрезмерное размножение какого-то одного вида микроба может, на самом деле, оказаться опасным, если его не подавить. Несмотря на то, что мы всегда были свято уверены в том, что единственным верным ответом на угрозу является тотальное обеззараживание нашего организма антибиотиками и кожными антисептиками, а нашего окружения хлоркой и другими дезинфицирующими веществами, оказалось, что постоянная экспозиция к множеству разнообразных микроорганизмов является эффективным средством предупреждения инфекций, а также снижает риск возникновения аллергии, аутоиммунных болезней и других расстройств. Из того, что мы уже знаем, можно заключить, что организм, населенный разнообразными микроорганизмами, является наиболее устойчивым к инфекционным болезням.

Пробиотики – это полезные микроорганизмы, которые, если их вводить в разумных дозах, укрепляют здоровье. К числу микробов с подтвержденными полезными свойствами, относят *Lactobacillus rhamnosus GG*, другие виды *Lactobacillus* и *Bifidobacterium*, а также плесень *Saccharomyces boulardii*. Обзор 31 рандомизированного исследования позволил обнаружить, что при одновременном назначении антибиотиков с пробиотиками риск развития симптомов со стороны пищеварительного тракта – включая понос, вызванный чрезмерным размножением *Clostridium difficile* – уменьшается на 64%. Регулярное употребление в пищу продуктов, содержащих пробиотики, тоже может оказаться полезным, возможно более полезным, чем прием биологически активных добавок. К продуктам, содержащим пробиотики, относятся квашеная капуста, корейская капуста и маринады – это живые культуры, которые надо хранить в холодильнике а также йогурты (содержащие активные живые культуры полезных микроорганизмов), кефир и мисо. Экологически чистые фрукты и овощи, не обработанные инсектицидами, хранят на своей поверхности следы почвы, содержащей полезную микрофлору. Несколько исследований показали также, что для укрепления иммунитета полезно гулять в лесу.

К продуктам питания, повышающим иммунитет, относятся многие продукты, содержащие горькие соединения – темная зелень, кожура определенных фруктов и овощей, кофе и темный шоколад. Эти защитные фитопродукты усиливают не только иммунитет желудочно-кишечного тракта, сопротивляющийся желудочно-кишечным инфекциям, но также стимулирует иммунитет, препятствующий возникновению поражений уха, носа и глотки, то есть защищает от простуд, ангин и гриппа. Мед тоже укрепляет иммунитет у детей школьного возраста и взрослых, а также способствует устранению раневой инфекции. Эти свойства обусловлены содержащимися в меде природными полифенолами и другими соединениями, присутствующими в цветочном нектаре, а также пробиотическими организмами – такими, как *Lactobacillus kunkeei* – носителями которого являются пчелы.

Укрепляют иммунитет и помогают предупреждать инфекционные болезни и некоторые растения, такие как астрагал (*Astragalus membranaceus*), эхинацея (*Echinacea spp.*) и бузина (*Sambucus nigra*). Такими же свойствами обладают некоторые лекарственные грибы, такие как трутовик разноцветный (*Trametes versicolor*), трутовик лакированный или рейши (*Ganoderma lucidum*), грифола курчавая или майтаке (*Grifola frondosa*) и шиитаке (*Lentinula edodes*). Чабрец и шалфей в виде экстрактов или медовых настоев тоже обладают антимикробными свойствами. Исследования эфирных масел эвкалипта, чайного дерева, лемонграсса и других растений показали их эффективность против даже таких устойчивых болезнетворных бактерий, как устойчивый к метициллину золотистый стафилококк.

Заключение

Антибиотики – это очень важные лекарства в лечении больных с тяжелыми бактериальными инфекциями. Антибиотики спасли великое множество человеческих жизней. Но мы все же отвлекемся от их полезных свойств и задумаемся об их вредном влиянии на здоровье как в краткосрочной, так и в долгосрочной перспективе.

Многие специалисты пророчат конец антибиотической эры, так как современные бактерии приобрели устойчивость даже к самым новым и мощным антибиотикам. Появление новых «супербацилл» может заставить нас искать и исследовать иные методы предупреждения и уничтожения инфекций, для чего будет полезным вспомнить методы лечения инфекционных болезней до открытия антибиотиков: очищение и дезинфекция ран, а также использование старых проверенных веками средств – таких как борная кислота, фенол и препараты серебра.

Альтернативный подход важен не только в плане уменьшения назначения антибиотиков людям, но и в плане отказа от их использования в производстве продуктов питания, что существенно сократит его попадание в организм человека и будет способствовать уменьшению числа устойчивых к антибиотикам штаммов болезнетворных

бактерий и подавлению возникновения новых, потенциально смертоносных штаммов.

Я прошу вас последовать следующим советам:

- Антибиотики следует применять только в случаях тяжелых, массивных или угрожающих жизни инфекциях.

- Никогда не следует применять антибиотики для лечения воспалений верхних дыхательных путей (ОРЗ), которые, как правило, вызываются вирусами; даже если болезнь затягивается, а симптомы остаются тяжелыми (в таких случаях надо обратиться к врачу), антибиотики следует принимать только в тех случаях, когда подтверждается бактериальная причина воспаления. Не давите на врача. Не требуйте от него назначения антибиотиков при банальном ОРЗ.

- Не стоит длительно принимать антибиотики по поводу хронических кожных, желудочно-кишечных или респираторных заболеваний без тщательного взвешивания возможных рисков.

- Если вы любите мясо, птицу или рыбу, то ешьте экологические чистые продукты или продукты, в которых подтверждено отсутствие антибиотиков.

- Укрепляйте свою иммунную систему регулярными физическими нагрузками, нормальным ночным сном и разумным режимом труда и отдыха; учитесь справляться с последствиями стресса; старайтесь как можно меньше контактировать с токсическими веществами (пассивное курение, экспозиция к пестицидам и другим ядам, контакт с зараженной водой и т. д.). Придерживайтесь сбалансированной диеты, богатой защитными соединениями овощей, фруктов, трав и специй.

- Потребляйте натуральные пищевые продукты, которые повышают сопротивляемость в отношении инфекций, такие, например, как астрагал или азиатские грибы, упомянутые выше.

- Приучите себя бороться с незначительными инфекциями с помощью естественных, безопасных и эффективных средств – например, чая чайного дерева (*Melaleuca alternifolia*) при кожных поражениях и периодонтите, или настоя магонии (*Mahonia aquifolium*) при поражениях желудочно-кишечного тракта.

Глава 2. Статины

«Прием статинов – это то же самое, что питье воды». Не могу сосчитать, сколько раз слышал от врачей это выражение. Трудно представить себе более вредную и ошибочную идею. Само это выражение говорит о полном непонимании эффектов этих мощных лекарств и риска от их приема.

Для примера я приведу выдержки из историй болезни двух пациентов.

Джейнис шестьдесят два года. Она финансовый аналитик, всегда отличалась завидным здоровьем, если не считать того, что пять лет назад при обследовании у нее было выявлено повышение содержания холестерина в крови. Джейнис очень придирчива к еде, употребляет много овощей и фруктов, практически не ест фаст-фуд, а курятину и говядину – в рационе один раз в неделю. Через день Джейнис занимается гимнастикой в клубе здоровья и один раз в неделю посещает курсы йоги. Три года назад семейный врач обратил внимание на то, что у Джейнис повышен общий холестерин (выше 5,8 ммоль/л), и назначил ей симвастатин (зокор). Через шесть недель анализ крови показал, что содержание холестерина в крови Джейнис снизилось до 4,3 ммоль/л.

Через полгода во время планового визита к врачу Джейнис пожаловалась, что у нее стало меньше сил, чем прежде, и поэтому ей пришлось уменьшить интенсивность привычных физических нагрузок. Через год Джейнис сказала врачу, что сильно сдала и «постарела», что у нее появились боли в ногах и в суставах, «как при артрите» – в локтях и запястьях. Вскоре после этого муж сделал Джейнис подарок – повез ее в Италию. Супруги

собирались в путешествие в радостном волнении и забыли взять с собой лекарство. Между тем во время пребывания в Италии боль в суставах прошла, как и боль в ногах.

По возвращению домой Джейнис решила не возобновлять прием симвастатина. Боли в суставах и ногах полностью исчезли. Несмотря на то, что у Джейнис повышенный уровень холестерина, но также высок и уровень «хорошего» холестерина ЛПВП (липопротеинов высокой плотности), а значит, нет риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

Джиму пятьдесят шесть лет. Он обратился на скорую помощь в связи с болью в груди. После обследования врачи сказали Джиму, что у него уже второй инфаркт. Первый он перенес два года назад. После первого инфаркта было выяснено, что у Джима повышено содержание холестерина в крови, и врач назначил ему статин. Поначалу Джим не хотел принимать это лекарство, но врач убедил его, сказав, что на фоне приема статинов можно не соблюдать диету с ограничением холестерина. Со времени первого инфаркта Джим регулярно принимал статин, но не изменил своим пищевым привычкам. Он никак не мог понять, почему у него приключился второй инфаркт, несмотря на то, что исправно принимал прописанные ему статины.

В настоящее время в медицине сложился настоящий культ статинов. Врачи поют им хвалы, начиная с восьмидесятых годов, когда эти лекарства были впервые введены в клиническую практику. Но в последние годы все громче и громче становятся голоса хулителей.

В 1910 году было обнаружено, что в бляшках пораженных склерозом артерий содержится в двадцать раз больше холестерина, чем в стенке здорового кровеносного сосуда. Эти липкие бляшки называли также *атеромами*, словом, которое в греческом языке обозначало «кашу». В пятидесятые годы было проведено знаменитое Фремингемское исследование, которое подтвердило связь между высоким уровнем холестерина в крови и смертностью от сердечных заболеваний. Холестерин циркулирует в крови в различных формах. Во всех случаях он связан с крупными и сложными белковыми молекулами, липопротеинами. Одна форма – связанная с липопротеином высокой плотности (ЛПВП, HDL) – называется «хорошим» холестерином, так как в таком виде холестерин удаляется из крови и поступает в печень, где с желчью выделяется в просвет кишечника. Холестерин, связанный с липопротеинами низкой плотности (ЛПНП, LDL), называют «плохим» холестерином, который откладывается на стенках артерий. Существуют также подтипы холестерина ЛПВП и ЛПНП, связанные с большим или меньшим риском развития сердечных заболеваний. Мелкие, плотные частицы ЛПНП, например, более опасны, чем большие, рыхлые частицы. В рутинных анализах крови определяют общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП и отношение ЛПНП/ЛПВП. Чем больше величина этого отношения, тем выше риск.

Почти все клетки человеческого организма синтезируют холестерин, являющийся жизненно важной составляющей клеточных мембран, и, кроме того, предшественником биосинтеза витамина D, стероидных гормонов и желчных кислот. Синтез холестерина – это сложный процесс, состоящий из множества биохимических реакций. Достаточно сказать, что в качестве катализаторов в этих реакциях принимают участие более тридцати ферментов. В пятидесятых годах начались работы с целью обнаружения веществ, способных блокировать синтез холестерина. В 1978 году такой блокатор – блокатор фермента редуктазы гидроксиметилглутарила кофермента А был обнаружен в ферментированных грибах. Это был первый статин.

В 1987 году Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США одобрило применение ловастатина (мевакора) в медицинской практике. С тех пор на рынок лекарств поступило свыше дюжины разных статинов – все они незначительно отличаются друг от друга химическим строением и выраженностью эффекта. Помимо ловастатина, список утвержденных для клинического применения статинов включает: симвастатин (зокор), флувастатин (лескол), правастатин (правахол), аторвастатин (липитор), росувастатин (крестор) и питавастатин (ливало). Все статины, за исключением росувастатина и

питавастатина, в настоящее время доступны в виде недорогих дженериков.

Некоторые из лекарств этого класса, например, симвастатин, находятся в крови всего несколько часов, так как быстро расщепляются в печени. Аторвастатин и росувастатин задерживаются в крови намного дольше. Синтез холестерина в основном происходит ночью, когда мы спим. По этой причине такие статины, как симвастатин, надо принимать вечером для того, чтобы максимально усилить эффект. Время приема не столь важно при приеме длительно действующих статинов.

Большинство статинов расщепляются в печени, причем пути расщепления разные у разных лекарств. Осложнения могут возникнуть при одновременном приеме нескольких лекарств, так как они могут конкурировать за ферменты, обеспечивающие расщепление и выведение лекарств из организма. В этой ситуации расщепление статинов может замедляться, они накапливаются в организме и могут с большей вероятностью приводить к побочным и нежелательным эффектам.

Недавно проведенные наблюдения показали, что 26 % взрослых американцев принимают какой-либо из статинов, что ежегодно обходится системе здравоохранения в 20 миллиардов долларов. Полагают, что это отнюдь не предел, учитывая недавно предложенные специалистами Американского кардиологического колледжа и Американской кардиологической ассоциации новые нормы содержания холестерина в крови. Согласно данным этих учреждений, приблизительно половина взрослых американцев должны регулярно принимать статины.

Кандидатами на прием статинов являются и дети, начиная с десятилетнего возраста, у которых обнаруживается фактор риска в виде небольшого повышения уровня холестерина. Неблагоприятные наследственные факторы могут привести к повышению холестерина у детей до 12,9 ммоль/л и выше. Это сравнительно редкое нарушение требует активного вмешательства, так как имеет неблагоприятный прогноз. В прочем же, представляется абсурдной попытка лекарствами решить проблему, обусловленную неправильным питанием и низкой физической активностью. Дело не только в отсутствии убедительных аргументов в пользу массового лечения детей статинами, но и в том, что такой подход подает неверный сигнал обществу. Пилюли не дают ответа на вызовы неправильного образа жизни, и мы должны помочь нашим детям осознать и понять эту незамысловатую истину. Способность статинов снижать уровень холестерина в крови не подлежит сомнению. В зависимости от конкретного препарата статины могут снизить уровень ЛПНП на 30–50 %. Однако приводит ли такое отчетливое снижение к улучшению состояния здоровья, пока не ясно, и вопрос этот активно обсуждается специалистами.

Несмотря на то, что благотворное действие статинов приписывают исключительно их способности снижать уровень холестерина в крови, здесь могут играть свою роль и другие эффекты этих лекарств. Недавно было выяснено, что статины обладают противовоспалительными свойствами. Теперь нам известно, что воспаление играет ключевую роль в возникновении и развитии сосудистых заболеваний. Клетки воспаления накапливаются в области расположения холестериновой бляшки, где нарушают прочность оболочки, покрывающей бляшку, что повышает риск развития инфаркта миокарда. Статины подавляют воспалительную реакцию и «тем самым» повышают прочность и устойчивость бляшек, предохраняя их от разрушения на фрагменты.

Кому показано назначение статинов?

От назначения статинов выигрывают две категории пациентов: больные, имеющие высокий риск развития инфаркта миокарда на основании данных анамнеза, а также больные, уже страдающие сосудистыми поражениями, то есть имеющие в анамнезе указания на инфаркты, инсульты и нарушения кровообращения в нижних конечностях.

Главными факторами риска для людей, никогда не страдавших клиническими

проявления ишемической болезни сердца, являются высокий уровень холестерина (холестерин ЛПНП выше 4,9 ммоль/л), сахарный диабет, указания на инфаркты и инсульты в семейном анамнезе, или совокупность других факторов, включая повышение артериального давления и курение.

Новейшие установки в отношении расчетов степени риска предусматривают вычисление вероятности возникновения инфаркта или инсульта в течение ближайших десяти лет на основании уровня холестерина в крови. Эти нормы устанавливаются для определения показаний к профилактическому назначению статинов. Конечно, эти расчеты полезны для объективной оценки состояния здоровья сердечно-сосудистой системы, но выявление высокого риска все же представляется сигналом к изменению образа жизни – диеты, физической активности и умения адекватно реагировать на стресс, а не к назначению лекарств. За исключением возраста и наследственности, все остальные факторы риска можно регулировать изменениями в образе жизни. Например, можно придерживаться противовоспалительной диеты и заниматься регулярными физическими нагрузками. Статины являются последней линией обороны при неэффективности всех остальных средств.

Но даже людям, которым показано назначение статинов, не стоит уповать исключительно на них.

Давайте посмотрим, насколько полезен и эффективен прием статинов в среднесрочной перспективе. В самых добросовестных исследованиях было показано, что на фоне приема статинов больными с высоким риском ишемической болезни сердца вероятность инфаркта миокарда снижается не более, чем на одну треть. Естественно, этим фактом стоит воспользоваться, но, тем не менее, в двух третях случаев риск инфаркта остается, по-прежнему, высоким. Это означает, что, если мы возьмем сто человек, которым суждено перенести инфаркт миокарда, то статины защитят лишь тридцать три человека, а остальные шестьдесят семь перенесут инфаркт, несмотря на прием лекарств.

Недостаточная эффективность приема статинов в отсутствие необходимых изменений образа жизни хорошо иллюстрируется вторым из приведенных выше примеров. Джим принимал статины ежедневно, но не изменил диету, не стал заниматься физическими нагрузками, не научился реагировать на стресс, и, в конечном счете, перенес второй инфаркт миокарда. К сожалению, такие случаи не являются редкостью.

Осложнения от приема статинов

Несмотря на то, что статины являются практически необходимой частью лечения больных, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, их прием часто сопровождается развитием неприятных побочных явлений, которые, к сожалению, далеко не всегда распознаются. Побочные эффекты широко варьируют от болей и слабости в мышцах, до когнитивных нарушений, сахарного диабета и нарушения функции печени. Производители статинов и их восторженные поборники склонны преуменьшать эти нежелательные явления или попросту их игнорируют.

Боль в мышцах

Фармацевтические компании утверждают, что поражения мышц встречаются в очень малом проценте случаев приема статинов – от 1 % до 5 %. При этом многие врачи и пациенты рисуют совершенно иную картину. Мышечная боль на фоне приема статинов возникает чаще, чем при приеме любых других лекарств. По данным одного недавнего исследования частота этих осложнений достигает 25 %.

Боль в мышцах – жалоба достаточно распространенная, поэтому в каждом конкретном случае бывает трудно судить, является боль следствием приема статинов или нет. Во многих случаях больные, подозревающие, что у их болят мышцы от приема статинов, не дают себе

труда проверить обоснованность этих подозрений. Не менее странно реагируют на эту жалобу и врачи. Исследования показывают, что в 47 % случаев врачи без колебаний отвергают причинно-следственную связь приема статинов и болей в мышцах.

Боль в мышцах обычно появляется в течение первого месяца приема статина. Однако время после начала приема может варьировать от нескольких дней до нескольких месяцев, то есть связь между приемом статинов и болью может оказаться скрытой от больного. Иногда боль наступает очень быстро и так очевидно связана с приемом статинов, что у больного не возникает ни малейших сомнений на этот счет. В других случаях, как, например, в случае Джейнис, начало может быть медленным, незаметным, и часто всю симптоматику списывают на возраст.

В некоторых случаях статины могут стать причиной опасного для жизни поражения мышц – рабдомиолиза, который может привести к тяжелейшим нарушениям функции печени и почек. Такое, правда, случается очень редко, и, как правило, на фоне приема очень высоких доз и в сочетании с другими лекарствами.

Когнитивные нарушения

Статины могут нарушать также высшие функции головного мозга. Список возможных нарушений включает заторможенность мышления, ослабление памяти и депрессию. Конечно, все эти нарушения вообще характерны для людей пожилого и старческого возраста, а именно пожилые люди чаще всего принимают статины. Связь между приемом статинов и когнитивными и ментальными нарушениями может быть случайной. Тем не менее у многих больных все проходит после отмены статина.

К сожалению, не существует каких-либо объективных критериев, по которым можно было бы судить о роли приема статинов в развитии когнитивных нарушений. Единственный способ – это прекратить прием лекарства и посмотреть, не улучшится ли состояние больного. Если это произойдет, то причина, скорее всего, была, действительно, в приеме статина.

Повышение риска заболевания сахарным диабетом

Мы уже и без того сталкиваемся с серьезной проблемой: около 50 % людей в настоящее время страдают либо явным сахарным диабетом, либо предиабетом. Особенно тревожно то, что массовый прием статинов может усугубить эту неблагоприятную тенденцию и спровоцировать эпидемию сахарного диабета.

Конечно, надо понимать, что каждый новый случай индуцированного статинами сахарного диабета возникает у одного больного из двухсот пятидесяти, принимающих статины в течение четырех лет подряд. Но учитывая распространенность назначения этих лекарств, даже небольшое повышение риска приводит к значимым последствиям.

У людей, имеющих высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний, особенно у тех, кто уже страдает ишемической болезнью сердца, головного мозга или нижних конечностей, польза от приема статинов перевешивает возможный риск заболевания сахарным диабетом. Проблема возникает в тех случаях, когда статины назначают людям с небольшим риском сосудистых поражений, людям, для которых польза мала, а риск заболеть диабетом не равен нулю. Таким образом, для лиц с низким риском ишемической болезни сердца, статины могут причинить больше болезней, чем предупредить.

Раздражение печени

Расщепление и выведение статинов из организма происходят в печени. Эти процессы подчас перегружают орган, причиняя его избыточное раздражение, проявляющееся повышением уровня печеночных ферментов в крови. Как правило, это повышение не

вызывает серьезных поражений печени, но в литературе есть сообщения и о более серьезных печеночных осложнениях. Перед назначением статинов надо выполнить функциональные пробы печени, чтобы удостовериться в том, что печень здорова. Анализы надо регулярно повторять в ходе терапии статинами. Если обнаруживается, что функция печени страдает, то надо либо уменьшить дозу статина, либо вообще его отменить. Если вы получаете статины, то риск поражения печени можно снизить, уменьшив потребление алкоголя, или, посоветовавшись с врачом, ограничить прием других лекарств, влияющих на функцию печени.

Что делать для предупреждения побочных эффектов статинов

Появление побочных эффектов от приема статинов является неплохим поводом для того, чтобы удостовериться в необходимости их приема. Людям с низким риском сосудистых поражений можно рекомендовать обратиться к врачу для того, чтобы поискать другие методы профилактики, включая здоровые изменения образа жизни.

Если же прием статина следует продолжить, то надо продумать стратегию минимизации побочных эффектов. Важно знать, что разные статины по-разному действуют на организм, и каждый индивид по-своему реагирует на их прием. Иногда бывает вполне достаточно перейти на другой препарат или снизить дозу приема. (Иногда для того, чтобы свести к минимуму побочные эффекты, достаточно принимать статины через день или дважды в неделю).

Выяснилось также, что грейпфрут содержит вещество, блокирующие ключевые ферменты реакций расщепления статинов в печени, особенно ловастатина, аторвастатина и симвастатина. Людям, получающим эти препараты, следует ограничить потребление грейпфрута и грейпфрутового сока, чтобы избежать создания высоких концентраций лекарства в крови, а, следовательно, и риска побочных эффектов.

Пятнистая расторопша (*Silybum marianum*) является безвредным растительным средством, защищающим печень от токсических воздействий самых разнообразных веществ. Экстракты расторопши можно принимать вместе со статином в случаях раздражения печени или при ее сопутствующих заболеваниях.

Может оказаться полезной также добавка, известная под названием коэнзим Q10. В организме это соединение используется в процессе синтеза АТФ, в том числе и мышечными клетками. Статины подавляют внутриклеточное содержание Q10, что объясняет боли в мышцах и другие побочные эффекты от приема статинов.

Влияние приема коэнзима Q10 было исследовано. В некоторых из этих исследований было показано, что коэнзим Q10 смягчает побочные эффекты от приема статинов, но в других исследованиях это вывод подтвержден не был. Есть, правда, отдельные сообщения о благотворности одновременного со статинами приема коэнзима Q10. Я считаю, что, учитывая полную безвредность коэнзима Q10, можно попробовать принимать его в случаях, когда есть подозрение на побочные эффекты от приема статинов. Обычная доза – 60-100 мг в форме геля. Принимать надо с жирной пищей, чтобы облегчить всасывание добавки.

Проблемы, связанные с приемом статинов, могут усугубляться в случаях определенных нарушений обмена веществ. Дефицит витамина D многообразно влияет на функции клеток, и может снизить порог появления явных осложнений от приема статинов. Восполнение дефицита витамина D может полностью устранить побочные эффекты статинов. В большинстве случаев я рекомендую ежедневную дозу в 2000 ЕД. Если вы не знаете содержание витамина в крови, то сдайте кровь на анализ; если уровень витамина D у вас очень низкий, наверняка для начала вам потребуются большие дозы.

Недостаточность функции щитовидной железы также повышает вероятность возникновения побочных эффектов от приема статинов. Признаки гипотиреоза легко пропустить, так как они, как правило, бывают весьма неопределенными, и весьма характерны для пожилого возраста – повышенная утомляемость, зябкость и сухость кожи.

Необходимо сделать анализ крови на тиреоидные гормоны, если есть подозрение на побочные эффекты статинов.

Подход интегративной медицины к лечению повышенного уровня холестерина в крови

Интегративный подход к сердечно-сосудистым заболеваниям предусматривает широкое использование методов немедикаментозной профилактики. Для начала больному назначается противовоспалительная диета, содержащая в больших количествах овощи, фрукты, бобовые, орехи, цельные злаки. В такой диете надо снизить долю красного мяса и взамен добавить рыбу и свежее оливковое масло.

Регулярные физические нагрузки очень важны для поддержания здоровья сердца. Полезный эффект производит даже весьма скромная нагрузка – например, ежедневная ходьба в течение тридцати минут. Людям, страдающим избыточным весом, будет приятно узнать, что физические упражнения, даже если они не ведут к снижению веса, снижают риск развития инфаркта миокарда.

Здоровье сердца зависит также от психосоматических факторов. Стресс, гнев, тревожность и депрессия ускоряют прогрессирование ишемической болезни сердца, а оптимизм и благодарность – целительный бальзам для него. К счастью, позитивные эмоции и настроение можно культивировать целенаправленно.

Дыхательная гимнастика обеспечивает уникальную возможность доступа к подсознанию и регуляции вегетативных функций, а также является мощным средством релаксации. Одной из эффективных методик является упражнение 4-7-8: вдох на четыре счета, задержка дыхания на семь счетов, а затем выдох в течение восьми счетов. Такую последовательность действий надо повторять несколько раз в течение дня. Хорошо помогает также медитация, что было показано в одном исследовании: регулярная медитация снижает риск стенокардии и инфаркта на 48 %.

Для тех, кто не может эффективно снизить уровень холестерина изменениями образа жизни и не переносит статины, можно порекомендовать добавку, называемую красным плесневым рисом. Красный плесневый рис – это продукт ферментации плесени *Monascus purpureus*, которую веками использовали в китайской медицине в качестве приправы к пище. Правда, китайцы добавляли эту приправу не только ради здоровья, но и из эстетических соображений – приправа придает пище красноватый оттенок. Красный плесневый рис содержит несколько соединений, способствующих снижению уровня холестерина в крови, и все они по своему химическому строению напоминают статины. (Интересно, что одно из этих соединений, монаколин К, является тем соединением, которое стало первым статином – ловастатином).

Несмотря на то, что красный плесневый рис может вызывать такие же побочные эффекты, что и статины, вероятность возникновения осложнений ниже скорее всего потому, что организм лучше переносит природные смеси похожих молекул, чем одну молекулу. (Причина этого явления не ясна, но я лично неоднократно наблюдал этот эффект, когда сравнивал воздействие сложных натуральных продуктов с воздействием очищенных фармакологических препаратов). В рандомизированных исследованиях было показано, что 85 % больных, не переносивших назначение статинов, принимали красный плесневый рис без всяких побочных реакций. Недостатком красного плесневого риса является только его невысокая эффективность. Обычная доза (1200–2400 мг в день) снижает холестерин ЛПНП на 20–25 %, в то время, как фармакологические препараты статинов снижают уровень «плохого» холестерина на 35–55 %.

Красный плесневый рис продают без рецепта, и начальная доза составляет 600 мг два раза в день вместе с едой.

Есть и другие пищевые продукты, способствующие снижению уровня холестерина в

крови, например, шелуха семян индийского подорожника, а также растительные станола и стеролы, которые слегка замедляют всасывание холестерина в кишечнике. Эти вещества в большом количестве содержатся в бобовых, фруктах, овощах, орехах и семечках, а также в обогащенных продуктах (некоторых сортах апельсинового сока, выпечке и граноле). Кроме того, эти соединения содержатся в диетических добавках.

Заключение

Одни только лекарственные препараты не обеспечивают полноценную профилактику ишемической болезни сердца. Статины – очень эффективное средство снижения концентрации холестерина ЛПНП в крови, но высокий уровень холестерина – это всего лишь один из множества факторов риска. Было бы неплохо заодно повысить концентрацию в крови ЛПВП, а также изменить размеры частиц ЛПНП, но для этого у нас пока нет подходящих лекарств. Больше того, известно, что у половины больных, перенесших инфаркт миокарда, уровень холестерина в крови был до заболевания нормальным. Стресс, гнев, сидячий образ жизни и диета, провоцирующая воспалительные реакции, тоже предрасполагают к закупорке коронарных артерий. Врачи слишком часто думают, что защитить больного с высоким риском ишемической болезни сердца можно, просто назначив ему статины, игнорируя сложность причин возникновения сосудистых поражений.

Интегративный подход, основанный на питании и образе жизни, не отрицает пользы статинов, но мы призываем разумно относиться к их назначению ввиду того, что их действие ограничивается лишь снижением уровня холестерина ЛПНП, а сам прием чреват некоторым риском. Увлечение назначением статинов должно быть уравновешено не меньшим увлечением методами изменения образа жизни и питания.

Короче говоря, статины – это не панацея, и их нельзя принимать, как воду.

Глава 3. Лекарства для лечения желудочно-пищеводного рефлюкса

Из всех упомянутых в этой книге лекарств меня больше всего огорчают препараты для лечения желудочно-пищеводного рефлюкса. К сожалению, они продаются в любом аптечном киоске, их с восторгом покупают и, не раздумывая, принимают.

Когда я был ребенком, такой болезни, как желудочно-пищеводный рефлюкс, просто не существовало. Люди страдали изжогой, которую облегчали такими простыми и безопасными антацидами, как, например, приправленными мятой жевательными таблетками карбоната кальция (мела). В большинстве своем люди понимали, что изжога – это ответ желудка на плохое к нему отношение: переедание, употребление неподходящей пищи или неумение справляться со стрессами и негативными эмоциями, нарушающими правильное пищеварение.

Теперь медикаментозное лечение изжоги поставлено на научную основу – считается, что главная причина – в чрезмерной желудочной секреции кислоты, а основным лечением должно быть подавление этой секреции. Кислота желудочного сока (и ферменты, которые она активизирует) может раздражать слизистую оболочку желудка и нижней части пищевода, вызывая боль и другие симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса, но причиной – за исключением очень редких случаев – является не чрезмерная секреция кислоты. Более того, адекватный уровень содержания кислоты в желудочном соке обеспечивает переваривание белков и всасывание важных витаминов (В12) и неорганических веществ (кальция, железа, магния). Кроме того, кислота является важным фактором, защищающим нас от инфекций, так как сильная кислота убивает бактерии и вирусы. Попытка лечения желудочно-пищеводного рефлюкса исключительно блокадой секреции кислоты без учета множества других факторов – неудачная стратегия, особенно если прием препаратов является длительным.

Блокаторы секреции кислоты являются в наше время самыми популярными лекарствами во всем мире. С 2000 года в США эти лекарства неизменно входят в первую десятку самых продаваемых фармакологических средств. Первыми на рынок вышли блокаторы H₂-рецепторов – гистаминовых рецепторов, являющихся важным звеном пути секреции кислоты специализированными клетками слизистой оболочки желудка. Циметидин (тагамет) был одобрен к применению в клинической практике в 1979 году; за ним вскоре последовали ранитидин (зантак), низатидин (аксид) и фамотидин (пепсид). Эти лекарства подавляют секрецию в ответ на приемы пищи, но плохо работают в промежутках между ними. Этот класс лекарств представлен разными препаратами – часть из них продается по рецепту, часть – без рецепта.

H₂-блокаторы дешевы и действуют слабее и не так длительно, как препараты следующего поколения, пришедшие им на смену – так называемые ингибиторы протонной помпы. Ингибиторы протонной помпы являются самыми мощными из всех средств, подавляющих продукцию кислоты в желудке. Первым лекарством такого рода, появившимся на рынке в 1989 году, стал омепразол (прилосек). В настоящее время в США продаются еще пять препаратов этой группы: декслансопразол (дексилант), эзомепразол (нексиум), лансопразол (превацид), рабепразол (ацифекс) и пантопразол (протоникс). В 2009 году рецепты на ингибиторы протонной помпы получили 21 миллион человек. В течение года врачи выписывают 113 миллионов рецептов на эти лекарства. Совсем недавно эти препараты начали продавать без рецепта, и производители не скупятся на рекламу. Несколько лет назад общие расходы на приобретение ингибиторов протонной помпы превысили 13 миллиардов долларов. Думаю, что большая часть этой суммы была потрачена впустую, без соответствующих показаний к приему этих мощных лекарств.

Блокаторы секреции являются важной частью лечения некоторых заболеваний. Ингибиторы протонной помпы назначают при язвенных поражениях желудка и кишечника, при воспалениях и эрозиях пищевода, вызванных желудочно-пищеводным рефлюксом, для профилактики эзофагита Барретта (предракового состояния), для профилактики острых язв желудка у тяжелых больных, находящихся в отделениях интенсивной терапии, а также в качестве вспомогательного средства, которое позволяет уничтожить в желудке микроорганизм хеликобактер пилори, вызывающий ряд желудочно-кишечных заболеваний. Было показано преимущество ингибиторов протонной помпы перед H₂-блокаторами в лечении состояний, связанных с хеликобактером. В большинстве случаев острых желудочно-кишечных заболеваний продолжительность лечения H₂-блокаторами или ингибиторами протонной помпы не должна превышать 90 дней. (Эзофагит Барретта и тяжелые воспалительные поражения пищевода могут потребовать более длительного лечения).

В легких случаях желудочно-пищеводного рефлюкса или иных желудочно-кишечных заболеваний препараты обоих классов являются одинаково эффективными, но в любом случае назначать их следует лишь на короткий срок. Длительный регулярный прием блокаторов желудочной секреции может привести к реальным и тяжелым осложнениям.

Для иллюстрации приведу две истории болезни.

Елена, женщина шестидесяти пяти лет, страдала остеоартритом, по поводу которого ежедневно принимала напроксен (алева). Через три месяца приема у нее появился жидкий черный стул на фоне сильного головокружения. В пункте скорой помощи, куда обратилась Елена, был поставлен диагноз язвы желудка, осложненной желудочным кровотечением. Елену госпитализировали. В госпитале ей отменили напроксен и назначили внутривенное введение 40 мг ингибитора протонной помпы пантопразола два раза в день. Кровотечение было остановлено, и Елену выписали из госпиталя с рекомендацией принимать пантопразол внутрь по сорок миллиграммов дважды в день на фоне шестизарового питания.

Через полгода Елена снова обратилась к врачу. На этот раз в связи с инфекционным заболеванием верхних дыхательных путей, по поводу которого ей был назначен антибиотик амоксициллин. Через три дня у Елены развился сильный понос, и был поставлен диагноз

колита, вызванного микроорганизмом *Clostridium difficile*. Врач сказал Елене, что ингибитор протонной помпы сделал ее более восприимчивой к этой серьезной инфекции, которая требует более активной антибактериальной терапии, и что высокий риск рецидива сохранится, если она продолжит прием ингибиторов протонной помпы.

Джон, больной пятидесяти двух лет, попросил своего нового лечащего врача выписать ему рецепт на омепразол, который Джон регулярно принимал в течение пяти лет после того, как ему был поставлен диагноз желудочно-пищеводного рефлюкса. Тогда у него впервые появилась постепенно нарастающая изжога и отрыжка. Лечащий врач направил Джона к гастроэнтерологу. Тот выполнил гастроскопию и обнаружил небольшое воспаление в нижней части пищевода. Ни один из врачей не поинтересовался пищевыми привычками Джона или его образом жизни. Больной начал принимать омепразол, и изжога прошла, но всякий раз, когда Джон прекращал прием омепразола, изжога возобновлялась с удвоенной силой. Пациент был сильно расстроен своей зависимостью от лекарства, но гастроэнтеролог уверил его в полной безвредности омепразола, да и что еще мог он сделать?

Потом жена показала Джону статью, в которой были описаны долгосрочные последствия регулярного подавления секреции кислоты желудочного сока, включая риск инфекций и уменьшение всасывания питательных веществ в кишечнике. Джон твердо решил прекратить прием омепразола, но так же, как и в прошлые разы, немедленно снова появилась изжога. К тому времени у Джона появился новый доктор, с которым тот пока не встречался. Он позвонил ему и попросил выписать новый рецепт на омепразол, но врач настоял на личном осмотре. Во время визита Джон описал врачу, что с ним происходит, надеясь, что тот будет настаивать на пожизненном приеме ингибиторов протонной помпы.

Врач объяснил Джону суть рикошетного эффекта после отмены лекарства – ухудшения состояния после резкого прекращения приема ингибиторов протонной помпы. Это ухудшение может продолжаться пару месяцев, но это не значит, что он должен всю жизнь зависеть от лекарства. Кроме того, врач перечислил Джону целый список возможных осложнений от приема ИПП и посоветовал снижать дозу постепенно, по предложенной им схеме. Также он сказал Джону, что если на низкой дозе изжога снова усилится, то надо будет на неделю вернуться к прежней дозе, а затем снова попытаться ее снизить. Помимо этого, следует изменить пищевые привычки, отказаться от кофе и алкоголя, а также бороться со стрессом иными способами, включая дыхательную гимнастику, которая помогает уменьшить раздражение слизистой пищевода. Также врач посоветовал некоторые природные средства лечения изжоги.

Джон отнесся к этим советам скептически, убежденный в том, что без ИПП изжога никогда не пройдет. Между тем доктор заверил пациента в том, что, если он последует его советам, то самочувствие непременно улучшится. Этого оказалось достаточно для того, чтобы Джон всерьез взялся за изменения образа жизни и питания. В течение следующих нескольких месяцев Джону пришлось нелегко, так как всякая попытка уменьшить дозу омепразола оборачивалась усилением боли, причинявшей ему большие неудобства. И все-таки через полгода Джон смог полностью прекратить прием ИПП, при этом у него совершенно прошла изжога. Вся семья начала питаться так, как посоветовал врач, а сам Джон, помимо этого, регулярно делал упражнения, ослабляющие воздействие стресса. Во время следующего визита к врачу Джон признался, что никогда еще не чувствовал себя так хорошо.

Как работают H₂-блокаторы

H₂-блокаторы подавляют действие регуляторного вещества гистамина на клетки слизистой оболочки желудка, продуцирующие кислоту. Со временем организм становится толерантным к блокаторам, что снижает их эффективность. H₂-блокаторы начинают после приема действовать быстрее, чем ИПП (в течение тридцати минут), и обладают меньшей

продолжительностью действия (не больше двенадцати часов). Их надо использовать для устранения симптомов, а не в качестве поддерживающей терапии. Наилучшим образом H₂-блокаторы действуют при приеме перед едой, так как предупреждают чрезмерный выброс кислоты в ответ на прием пищи. Эти лекарства рекомендуется принимать за полчаса до еды и не больше двух раз в день.

Как работают ингибиторы протонной помпы

ИПП блокируют последний этап продукции кислоты желудочного сока – подавляют ту самую «протонную помпу», механизм, благодаря которому ионы калия, находящиеся в просвете желудка, обмениваются на ионы водорода (протоны), которые поступают в просвет желудка из клеток и усиливают кислотность желудочного сока, снижая его pH. ИПП – мощные лекарства, и могут снижать секрецию кислоты на 99 %. ИПП прочно связываются с протонной помпой и инактивируют ее. Поэтому эффект одной дозы может продолжаться до двадцати четырех часов. Одновременный прием пищи или антацидов снижает эффективность ИПП, потому что эти лекарства сами активируются в кислой среде. Поэтому принимать ИПП следует натощак, за полчаса до приема пищи для того, чтобы добиться наилучших результатов. Максимальный эффект развивается на пятые – седьмые сутки от начала приема. Нерегулярный прием ИПП приводит к ослаблению подавления секреции кислоты, и клинический эффект может оказаться неудовлетворительным.

Осложнения от приема H₂-блокаторов и ИПП

При недолгом применении H₂-блокаторы могут вызывать запор, понос, тошноту или рвоту. Кроме того, они могут воздействовать на центральную нервную систему, вызывая спутанность сознания, сонливость, головную боль и головокружение, особенно у пожилых людей и у больных с почечной или печеночной недостаточностью. Циметидин чаще, чем другие H₂-блокаторы, вызывает нарушения со стороны центральной нервной системы.

Головная боль, тошнота, боль в животе, понос, кожная сыпь, головокружение, слабость и запор являются наиболее частыми осложнениями, сопровождающими прием ингибиторов протонной помпы.

Кратковременные курсы приема этих лекарств обычно переносятся хорошо. Однако из-за того, что и H₂-блокаторы, и ингибиторы протонной помпы продаются свободно и широко доступны, многие больные принимают их самостоятельно, не догадываясь об осложнениях, которые могут возникнуть при длительном регулярном приеме этих лекарств.

Зависимость

Самый серьезный риск длительного приема ИПП заключается в развитии лекарственной зависимости – поразительный пример гомеостатической ловушки, подстерегающей больных, длительно принимающих какие-либо ингибиторы. Организм реагирует на прием препаратов, подавляющих секрецию кислоты, попыткой производить больше кислоты. Как только прием лекарства прекращают или снижают дозу, секреция кислоты сильно возрастает, а самочувствие ухудшается. Эту весьма распространенную реакцию называют *рикошетным повышением секреции* и определяют как «повышение желудочной секреции до уровня, превышающего уровень до начала приема ИПП». Такие симптомы, как изжога, нарушение пищеварения и диспепсия (отрыжка воздухом или желудочным соком) развиваются в течение двух недель после отмены ингибиторов протонной помпы. Больные (и их лечащие врачи) могут ошибочно подумать, что эти симптомы являются показанием к продолжению приема ИПП, когда на самом деле это всего лишь синдром отмены, обусловленный развитием лекарственной зависимости. В одном исследовании здоровым людям, не страдавшим изжогой, желудочно-пищеводным рефлюксом или повышенной кислотностью, назначили прием 40 мг эзомепразола в день в течение восьми недель. После прекращения приема большая часть испытуемых жаловалась на

отрыжку и изжогу. Другими словами, эти лекарства могут провоцировать симптомы, для лечения которых их принимают.

Зависимость от ингибиторов протонной помпы отличается большим упорством. Многие больные испытывают большие трудности при отказе от дальнейшего их приема. Специалисты по интегративной медицине рекомендуют отменять эти лекарства медленно и постепенно на фоне одновременного изменения режима питания и образа жизни, а также некоторые особые методы лечения, описанные далее.

Нарушения в составе микрофлоры

Изменения кислотности желудочного сока нарушает нормальный состав микрофлоры кишечника – микробов, которые в норме населяют наш желудочно-кишечный тракт. Эти бактерии необходимы для нормального пищеварения и влияют на многие аспекты здоровья. Длительный прием лекарств, подавляющих секрецию кислоты в желудке, могут подавить нормальную полезную флору и вызвать размножение болезнетворных микроорганизмов.

Пневмония

Снижение кислотности желудочного сока подрывает способность желудка поддерживать стерильность своего содержимого, то есть в нем могут начать размножаться бактерии, вирусы и дрожжевые грибы. В некоторых исследованиях было показано, что у лиц, принимающих H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы, повышен риск заболевания пневмонией (воспалением легких) из-за того, что на фоне незаметного заброса зараженного содержимого желудка в глотку происходит его попадание в легкие.

Инфекционные поражения желудочно-кишечного тракта

Снижение кислотности желудочного сока может привести к размножению бактерий в тонком кишечнике, что делает пациентов более восприимчивыми к таким заболеваниям, как инфекции, вызванные *Clostridium difficile*. Заболеваемость такими инфекциями повышается у больных, принимающих ингибиторы протонной помпы. В меньшей степени заболеваемость повышается и среди больных, длительно принимающих H₂-блокаторы. Люди с пониженной кислотностью желудочного сока более восприимчивы к холере и определенным инфекциям, которыми заражаются при употреблении в пищу сырых морепродуктов.

Дефицит микроэлементов

Кислотность желудочного сока очень важна для расщепления и усвоения пищи, а также для извлечения из нее питательных веществ и витаминов. Нарушения, связанные с всасыванием железа и выработкой витамина B₁₂, обычно бывают легкими и легко корректируются приемом соответствующих средств, но дефицит магния чреват более серьезными последствиями, включающими нарушения сердечного ритма и судорожные припадки. В марте 2011 года Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами издало предупреждение об этом риске. В циркуляре врачам рекомендуют исследовать уровень концентрации магния в сыворотке крови больных, прежде чем назначать ингибиторы протонной помпы, и следить за уровнем магния в процессе лечения.

Нарушение всасывания кальция и поражения костей

Прием ингибиторов протонной помпы может блокировать всасывание кальция, что приводит к остеопорозу и патологическим переломам. Для профилактики этих нарушений Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами рекомендует назначать по возможности самые низкие дозы ИПП и ограничивать продолжительность лечения разумными сроками при одновременном назначении кальция и витамина D.

Сердечные заболевания

В одном недавно проведенном исследовании было показано, что у пациентов, длительно принимающих ИПП (но не H₂-блокаторы), повышается риск развития ишемической болезни сердца и инфаркта миокарда. Было показано, что повышение риска касается представителей общей популяции, а не только лиц, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания или факторы их риска. Причина пока неясна, но скорее всего связана с неблагоприятным воздействием на кровеносные сосуды.

Поражения почек

Накопленные данные позволяют предполагать, что имеется причинно-следственная связь между приемом ИПП, воспалительными заболеваниями почек и развитием хронической почечной недостаточности. Как уже было сказано, ИПП затрудняют всасывание в кровь магния. Кроме того, ИПП провоцируют иммунные поражения почек. Оба эти фактора могут способствовать развитию хронической почечной недостаточности. Автор одного из недавно проведенных исследований пишет: «результаты подчеркивают важность ограничения назначения ИПП случаями, когда они безусловно показаны, а также ограничить длительность их приема».

Деменция

В одном исследовании было показано, что назначение ИПП людям в возрасте 75 лет и старше на 44 % повышает риск развития деменции. Этот вывод не окончательный, но должен насторожить врачей в отношении назначения ИПП пожилым больным.

Лекарственное взаимодействие

H₂-блокаторы взаимодействуют со многими другими лекарствами, включая антибиотики, противовирусные средства и антикоагулянты. Прежде чем принимать какое-либо из этих лекарств, надо проконсультироваться с врачом или провизором относительно возможных взаимодействий с другими лекарственными средствами.

Подход интегративной медицины к лечению желудочно-пищеводного рефлюкса

Несмотря на все недостатки и многочисленные побочные эффекты, ингибиторы протонной помпы и H₂-блокаторы являются средствами первого выбора в лечении заброса желудочного сока в пищевод, диспепсии и изжоги. Начав принимать ИПП или H₂-блокаторы, люди, как правило, принимают их неопределенно долго. Очень часто врачи выписывают эти лекарства, не заинтересовавшись диетическими привычками пациента, уровнем стресса в его жизни и другими аспектами образа жизни, которые могут отрицательно влиять на функции желудочно-кишечного тракта. Часто, также, больные самостоятельно покупают в аптеках ИПП и H₂-блокаторы, не думая о возможности устранения тягостных симптомов другими, более безопасными способами, описанными ниже.

Изменение диеты

Исследование пищевых привычек и при необходимости их коррекция – это основа успешного лечения желудочно-пищеводного рефлюкса.

Нижний сфинктер пищевода препятствует поступлению кислого желудочного содержимого в пищевод. При преходящем расслаблении нижнего сфинктера некоторое количество желудочного сока может попадать в нижнюю треть пищевода, и это не выходит за границу нормы. У лиц, страдающих желудочно-пищеводным рефлюксом, периоды расслабления сфинктера продолжаются дольше и наступают чаще, чем в норме. Самая частая причина – растяжение желудка от привычки к перееданию. Высокое внутрибрюшное давление, характерное для ожирения, также может приводить к нарушению работы сфинктера и к забросу желудочного сока, изжоге, желудочно-пищеводному рефлюксу и эзофагиту. (Объем талии прямо коррелирует

с риском рефлюкс-эзофагита, его тяжестью и предрасположенностью к раку; следовательно, снижение веса может в значительной степени устранить эти симптомы и предупредить возможные долгосрочные осложнения).

Стоит попробовать следующие меры: есть дробно, то есть часто и помалу, избегать жирной пищи, ограничить пряные приправы и маринады, а также кислые овощи и фрукты, например, цитрусовые и помидоры, кофе (с кофеином и без) и другие напитки с кофеином, шоколад, алкоголь, газированную сладкую воду, лук и чеснок. После еды надо находиться в вертикальном положении в течение как минимум трех часов, чтобы дать пище возможность перевариться и покинуть желудок. Больным с ночной изжогой и отрыжкой помогает сон на кровати с приподнятым головным концом и положение на левом боку.

Кроме того, в медицинской литературе есть данные о том, что пищевая аллергия может быть одним из факторов, провоцирующих желудочно-пищеводный рефлюкс, а пищевую аллергию может вызвать даже прием ингибиторов протонной помпы, так как они изменяют состав микрофлоры кишечника. Аллергия на коровье молоко у детей, как известно, является причиной желудочно-пищеводного рефлюкса, который не поддается лечению ингибиторами протонной помпы. Диета, не содержащая клейковины, смягчает симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса у больных с целиакией.

Другие меры по изменению образа жизни

Курение – хорошо известное средство расслабления нижнего сфинктера пищевода. Отказ от курения уменьшает рефлюкс кислого содержимого желудка и предупреждает развитие гастрита.

Важно избегать приема нестероидных противовоспалительных лекарств (ибупрофен, аспирин и напроксен); при частом приеме они сильно раздражают слизистую оболочку желудка и повышают риск желудочного кровотечения.

Хорошо известно, что стресс является частой причиной изжоги. Все знают, что при сильном волнении и тревоге возникает такое ощущение, что желудок завязывается узлом. Это наглядный пример связи этого органа с эмоциями. Недавнее массовое обследование больных с желудочно-пищеводным рефлюксом показало, что стресс является наиболее частой причиной этого недомогания, не связанной с каким-либо определенным заболеванием. Рефлюкс в ответ на стресс был выявлен у 45,6 % из 12.653 обследованных. У 50 % лиц, пострадавших во время теракта одиннадцатого сентября, развилось посттравматическое стрессовое расстройство, а у 70 % из них наблюдали симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса.

При хроническом стрессе и тревожности нарушается гормональная регуляция взаимоотношений мозга и внутренних органов. Частью реакции борьбы или бегства является повышение тонуса симпатической нервной системы, который приводит к прекращению перистальтики желудка и расслаблению нижнего сфинктера пищевода, что создает условия для желудочно-пищеводного рефлюкса. При стрессе происходит также разрушение клеток слизистой оболочки желудка, что делает его более уязвимым к действию кислого содержимого желудка и пищеварительных ферментов.

Для борьбы со стрессом существует множество полезных традиционных практик: тай-цзы, йога, медитация, гипнотерапия, дыхательная гимнастика и многие другие.

Обволакивающие средства

Сукральфат (карафат) является ценным лекарством, которое защищает слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта, не вызывая при этом долговременных осложнений, характерных для H₂-блокаторов и ингибиторов протонной помпы. Это лекарство обволакивает и прикрывает язвы, эрозии и трещины, защищая ткани от воздействия едких кислот и пищеварительных ферментов, расщепляющих белки. В отличие от лекарств, подавляющих секрецию кислоты и желудочного сока, может реально способствовать заживлению язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки.

К природным средствам, укрепляющим слизистую оболочку желудка и пищевода, относят красный ильм (*Ulmus fulva*), пастилки лакрицы, а также многие порошки и жевательные таблетки, которые следует принимать перед едой и отходом ко сну.

Приблизительно у 60% больных, страдающих желудочно-пищеводным рефлюксом, выявляют грыжу пищеводного отверстия диафрагмы. Одним из проявлений этого заболевания является выпячивание части желудка в грудную полость. В этой ситуации нижний сфинктер пищевода не способен препятствовать попаданию кислоты в пищевод, над диафрагмой формируется карман, в котором задерживается кислое содержимое, раздражающее нижний отдел пищевода. Продающееся без рецепта средство гевискон обычно помогает решить проблему. Гевискон – это смесь альгината (препарата бурых водорослей) и бикарбонат натрия. Оба эти вещества образуют защитную пленку на поверхности слизистой оболочки, что препятствует рефлюксу из грыжевого мешка. В одном из недавних исследований было показано, что это лекарство столь же эффективно в лечении желудочно-пищеводного рефлюкса, обусловленного грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, как и ингибиторы протонной помпы.

Защита слизистой оболочки желудка и пищевода от раздражения кислым содержимым желудка и подавление секреции кислоты мощными лекарствами иллюстрируют разницу между восточной и западной медицинской философией. Один мудрый китайский врач однажды сказал мне, что его целью является «изгнание зла и поддержка добра». Западная медицина сосредоточена на «изгнании зла», особенно с помощью лекарств, разрушающих то, что представляется нам причиной болезни: например, антибиотики убивают бактерии, а ингибиторы протонной помпы подавляют желудочную секрецию. Восточная медицина, в основном, сосредоточена на поддержке добра – она защищает и укрепляет природные средства защиты организма. Интегративная медицина разумно использует оба подхода. В случае желудочно-пищеводного рефлюкса защита слизистой оболочки пищевода от раздражающего действия кислоты так же, а может и в большей степени, важна в лечении рефлюкса, как и назначение средств, устраняющих кислоту.

Антациды

Простые антациды, такие, например, как карбонат кальция, быстро, хотя и ненадолго, устраняют изжогу и другие симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса. Кроме того, эти средства усиливают перистальтику пищевода, помогая ему скорее освободиться от кислоты. При частом приеме антациды могут вызывать запор, который можно устранить приемом солей магния. Я рекомендую избегать средств, содержащих алюминий (маалокс и миланта), из-за возможного вредного действия этого элемента на организм.

Другие природные средства

Для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта было предложено множество растительных средств. Во многих исследованиях было показано, что имбирь помогает справиться с тошнотой, рвотой и расстройством желудка. На фоне приема в капсулах, содержащих порошок корня, имбирь стимулирует перистальтику кишечника. Две – три чайные ложки яблочного уксуса, смешанные со стаканом воды, смягчают симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса. Механизм этого действия пока не вполне понятен. Ромашковый чай смягчает воспаление слизистой оболочки желудка. (Следует избегать мятных чаев, которые часто пьют для улучшения пищеварения; мята расслабляет нижний сфинктер пищевода и усугубляет проявления желудочно-пищеводного рефлюкса). Сок алоэ, который в домашних условиях часто используют для смягчения кожных воспалений, можно с таким же успехом использовать и для устранения воспаления слизистых оболочек желудка и кишечника.

рекомендуемая доза – полчашки сока два раза в день. Соединение d-лимонен, содержащееся в цедре лимона, стимулирует перистальтику желудка и, таким образом, предупреждает рефлюкс. Дозировка: 1000 миллиграммов один раз в два дня до приема десяти доз. В дальнейшем препарат применяют по потребности.

В нескольких исследованиях было показано, что симптомы желудочно-пищеводного рефлюкса можно облегчить, приняв 6 мг мелатонина перед отходом ко сну. Мелатонин – надежное и безопасное средство лечения бессонницы. Плохой сон провоцирует рефлюкс, а рефлюкс сильно мешает спать. Мелатонин также незначительно блокирует секрецию кислоты в желудке и слегка повышает тонус нижнего сфинктера пищевода. Было также показано, что мелатонин может быть столь же эффективным, как ингибиторы протонной помпы, если принимать его в сочетании с другими добавками, например, с деглицирризированным экстрактом солодки.

Заключение

Желудочно-пищеводный рефлюкс – это сложное расстройство, проявляющееся снижением устойчивости желудочно-кишечного тракта к внешним и внутренним стрессовым факторам. Изжога является предупреждающим симптомом нарушения функций пищеварительного тракта и должна побудить нас к поиску тех факторов образа жизни, которые его провоцируют. Таблетка, блокирующая секрецию кислоты, устраняет этот симптом, словно по мановению волшебной палочки, но не устраняет основную причину. Со временем таблетки теряют эффективность, вызывают привыкание и повышают риск развития множества осложнений. H₂-блокаторы и ингибиторы протонной помпы можно применять кратковременно; длительный прием этих лекарств допустим в редких, особенно тяжелых случаях. Намного более удачным представляется изменения образа жизни, пищевых привычек и прием других, более безопасных лекарственных средств.

Глава 4. Антигистаминные средства

Аллергия преследовала Эмита с раннего детства. Все началось с сезонных расстройств: зуда в глазах и слезотечения, насморка, заложенности носа и безудержного чихания. Антигистаминные средства помогали хорошо, но к тому времени, когда Эмиту исполнилось тридцать пять, аллергия стала мучить его круглый год, а лекарства стали действовать хуже. Мало того, стали сильнее проявляться побочные эффекты. Эмит не только чувствовал, что он живет, словно в тумане, когда принимает антигистаминные средства, у него изменился и характер. Жена Эмита жаловалась на то, что тот стал раздражительным и сварливым. Лечащий врач попытался перевести Эмита на таблетки, не вызывавшие сонливости, но они оказались менее эффективными. Дважды Эмиту делали десенсибилизацию, от которой он едва не умер из-за развития анафилаксии. Назальные спреи, содержащие кортикостероиды, немного помогали, но аллергический насморк все равно был практически постоянным. Прием стероидных гормонов (преднизона) устранял симптомы аллергии, но лишил Эмита сна и сделал таким ворчливым, что сотрудники на работе начали его избегать.

К возрасту пятидесяти пяти лет Эмит попробовал все, что могла предложить ему медицина, но все лекарства мучили его своими нежелательными побочными эффектами. Помогавшие прежде старые антигистаминные препараты стали вызывать новые симптомы, которые просто потрясли несчастного Эмита – у него появилась боль в области мочевого пузыря и затрудненное мочеиспускание. Эмит запаниковал до того, что обратился в больницу.

Именно в то время Эмит всерьез испугался дальнейшего приема лекарств и стал искать другие методы лечения. Он посетил специалиста по интегративной медицине, который порекомендовал Эмиту радикально изменить образ жизни: перейти на противовоспалительную диету, заняться медитацией и дыхательными упражнениями. Эмит узнал много полезного о целебных свойствах замороженных листьев крапивы при сенной лихорадке и обнаружил, что двух капсул крапивы достаточно для устранения невыносимого чихания и зуда в глазах. Правда, принимать капсулы приходилось каждые четыре часа, но зато никакие побочные эффекты не отравляли Эмиту существование.

За все годы, что Эмит принимал антигистаминные и стероидные средства, симптомы аллергии не проходили, а лишь усугублялись. На растительных средствах сначала смягчились симптомы, а сенная лихорадка и вовсе исчезла через два года.

Аллергические реакции

Аллергия преследует человека с незапамятных времен, аллергические реакции описаны в древнеегипетских папирусах. Возникновение и развитие в ходе эволюции иммунной системы помогло нам выжить, но одновременно с иммунитетом появилась и аллергия.

Считается, что аллергия – это нарушение деятельности иммунной системы, но возможно это не так. Многие считают, что аллергические реакции первоначально были нацелены на избавление от паразитов, которые отравляли существование людей до введения в обиход гигиены и санитарии, угрожая здоровью. Аллергия, которая портит нам жизнь, является эволюционным отголоском способов защиты от паразитов, которые теперь направлены против таких безвредных веществ, как цветочная пыльца. Альтернативная гипотеза заключается в том, что аллергические реакции были изначально направлены на устранение из организма разнообразных токсинов, то есть ядовитых веществ. Эта гипотеза подтверждается тем фактом, что большинство симптомов аллергии способствуют выведению токсинов из организма – будь то чихание, слезотечение, насморк или понос при пищевой аллергии.

В США сенной лихорадкой или аллергическим насморком страдают 8% взрослого населения. В связи с этим заболеванием к врачу ежегодно обращаются более 11 миллионов человек. Мы обращаемся с аллергенами так же, как обращаемся с жизненными конфликтами: избегаем контакта с ними. К сожалению, избежать контакта с пылью, которую разносит по воздуху ветер, практически невозможно.

Как работают антигистаминные препараты

В ходе аллергических реакций из так называемых тучных клеток иммунной системы высвобождаются хранящиеся в них активные химические соединения. Тучная клетка – это мина, готовая взорваться в момент контакта с аллергеном. После активации мембрана тучной клетки раскрывается и выбрасывает в кровь множество активных веществ, включая гистамин. Проникнув в кровь, гистамин связывается с рецепторами на поверхности клеток крови, гладких мышц и других тканей, и вызывает такие симптомы аллергии, как зуд, покраснение кожи, головную боль, насморк, а иногда – одышку и свистящие хрипы в легких.

Молекулы антигистаминных средств связываются с теми же рецепторами и блокируют связывание с ними гистамина, устраняя симптомы – но только в том случае, если первыми успевают к соответствующим рецепторам. Принимать их надо до контакта с аллергеном. После развития реакции прием антигистаминных средств тоже помогает, но не так эффективно, как при профилактике.

Показания к назначению антигистаминных средств

Чаще всего антигистаминные препараты назначают для облегчения симптомов сезонной или круглогодичной аллергии, поражающей нос и глаза – при заложенности носа, насморке, зуде в глазах и слезотечении, то есть при симптомах аллергического приступа. Некоторые больные пытаются применять антигистаминные лекарства при сходных симптомах, вызванных не аллергией, а простудой или гриппом (см. главу 5), но в этих случаях польза от приема антигистаминных средств очень невелика.

Но есть и другие показания к назначению антигистаминных препаратов. Одним весьма важным показанием является анафилаксия, самая опасная из аллергических реакций. Люди с тяжелой аллергией к определенным видам пищи, насекомым или лекарствам подвержены высокому риску анафилаксии, которая проявляется внезапным падением артериального давления крови, блокадой дыхательных путей и дальнейшим нарушением дыхания. Для спасения жизни необходимы экстренные меры – больным вводят адреналин и кортикостероиды в больших дозах, а внутривенно переливают большие количества жидкости. Введенные в вену большие дозы антигистаминных средств тоже помогают остановить реакцию и спасти жизнь больного.

Крапивница – зудящая сыпь – может появиться в ответ на кожный контакт с аллергеном (например, ядовитым плющом), при приеме определенных видов пищи, при стрессе или от неизвестной причины. Сыпь может покрыть все тело и сопровождается сильным зудом. Антигистаминные препараты несколько облегчают симптоматику и одновременно погружают больного в благотворный сон.

На основании этого свойства антигистаминные лекарства стали популярными, причем благодаря именно рекламе, а не научным исследованиям. Многие люди, страдающие бессонницей, но не имеющие возможности купить более дорогие (и вредные) снотворные

средства, узнав о таком свойстве антигистаминов, покупают без рецепта многочисленные средства, содержащие антигистаминное средство бенадрил (димедрол). Действительно, эти средства вызывают сонливость. Но будет ли качество такого сна равноценным естественному? Специалисты отвечают на этот вопрос отрицательно. Качество сна после приема антигистаминных препаратов хуже. Кроме того, у большинства людей они вызывают такие побочные эффекты, как сухость во рту, затруднение мочеиспускания, а на следующий день вызывают вялость и заторможенность.

Осложнения от приема антигистаминных средств

Антигистаминные препараты являются одними из старейших до сих пор используемых лекарственных средств. Антигистаминные вещества были открыты в 1937 году швейцарцем Даниэлем Бове, который впоследствии получил за это открытие Нобелевскую премию. В состав самых популярных в США средств от простуды и аллергии входят антигистаминные средства. Тот факт, что они продаются в аптеках без рецепта, убеждает многих людей в том, что эти средства абсолютно безвредны, что не соответствует действительности. Правда, многие побочные эффекты начинают проявляться через много лет после начала приема.

Первые антигистаминные препараты начали применяться очень давно, и их побочные эффекты хорошо изучены. К этим лекарствам относятся димедрол, супрастин, клемастин и другие. По своей химической структуре эти вещества таковы, что легко проникают через гематоэнцефалический барьер и попадают в центральную нервную систему. Антигистаминные средства первого поколения вызывают значимую седацию. Например, могут нарушать способность водить автомобиль в большей степени, нежели алкоголь. Хотя нарушения могут быть и малозаметными; перед тем, как уснуть, человек, принявший антигистаминный препарат в качестве снотворного, ощущает небольшую дурноту, головокружение, туман в голове и нарушение мышления, но эти проявления так незначительны, что больной может и не обратить на них внимания.

Поиск антигистаминных средств, не обладающих седативным эффектом, привел к созданию таких препаратов второго поколения, как терфенадин. Это лекарство появилось в 1985 году и было встречено оглушительными фанфарами и безудержной рекламой. Но через несколько лет выяснилось, что лекарства второго поколения могут вызывать серьезные нарушения сердечного ритма, особенно если препараты принимают с определенными антибиотиками. До того, как терфенадин был запрещен к производству и продаже, от него успели умереть восемь человек, принимавших его только для того, чтобы избавиться от чихания. К другим лекарствам этого класса относят фексофенадин (аллегра), лоратадин (кларитин) и цетиризин (зиртек). Поскольку небольшие количества этих лекарств все же способны преодолевать гематоэнцефалический барьер и проникать в центральную нервную систему, то и они способны вызывать головокружение и сонливость, что стало поводом к предупреждению о том, что надо «соблюдать осторожность при вождении транспортных средств и работе с механизмами». К сожалению, многие люди, принимающие эти лекарства, продолжают водить машины, что создает повышенную опасность на дорогах. У пожилых больных риск побочных явлений выше – у них возможна заторможенность на следующий день после приема, головокружение и падения из-за нарушения координации движений.

Антигистаминные лекарства первого и второго поколения в равной степени могут негативно влиять на настроение и когнитивную функцию, вызывая ухудшение течения депрессии, и затрудняя мышление и концентрацию внимания. Всем, кто страдает депрессией, надо избегать приема антигистаминных препаратов.

Эти популярные лекарства могут вызывать и куда более зловещие осложнения. В одном из недавно проведенных исследований с участием более трех тысяч мужчин и женщин в возрасте старше шестидесяти пяти лет была выявлена связь многолетнего приема антихолинергических средств, включая димедрол и другие антигистаминные препараты первого поколения, с повышенным риском развития деменции. (Антихолинергические средства блокируют действие ацетилхолина, нейротрансмиттера головного мозга; эти средства представлены такими лекарствами, как трициклические антидепрессанты, описанные в главе 9, и антигистаминными лекарствами первого поколения). Прием этих лекарств в течение трех лет и дольше повышает риск деменции на 54 %. Другие эффекты антихолинергических лекарств проявляются снижением

артериального давления, бредовыми и поведенческими расстройствами. У мужчин, особенно у тех, кто страдает гипертрофией предстательной железы, эти лекарства могут привести к затрудненному мочеиспусканию и к задержке мочи – как к острой, так и к хронической. В редких случаях антигистаминные препараты первого поколения могут привести к нарушению функции мочевого пузыря и почек.

Был выявлен и еще один побочный эффект антигистаминных лекарств, который пока находится в стадии интенсивного изучения. Тем не менее предварительные выводы настораживают. К настоящему времени накапливаются данные о том, что прием антигистаминных лекарств провоцирует развитие опухолей мозга, в частности, глиом. Глиомы – это самая частая разновидность первичных злокачественных опухолей мозга. Также были выявлены некоторые факторы риска их возникновения. В нескольких исследованиях было показано, что люди, длительное время принимающие антигистаминные препараты, почти в три раза более восприимчивы к возникновению этих опухолей, независимо от того, была ли у них в анамнезе аллергия или бронхиальная астма. Эти данные представляются еще более интересными в свете того факта, что имеет место обратно пропорциональная зависимость между распространенностью аллергии и заболеваемостью опухолями мозга. Возможно аллергия защищает мозг от онкологических поражений, а этот защитный эффект устраняется антигистаминными препаратами.

Лекарственное лечение аллергии в целом, включая лечение лекарствами, продающимися без рецептов, обходится в 6 миллиардов долларов в год. Человек, принимающий антигистаминные средства второго поколения, может тратить на них от 8 до 200 долларов в месяц.

Подход интегративной медицины к лечению аллергических заболеваний

Существует много эффективных способов лечить аллергию не прибегая к антигистаминным средствам. Самый очевидный способ – это избегать контакта с аллергеном, пользуясь при этом обычным здравым смыслом. Во-первых, существуют фильтры воздуха, которые удаляют из воздуха аллергенные частицы, прокачивая его через экраны с микроскопическими порами. Эти экраны хорошо задерживают такие легкие частицы, как перхоть домашних животных, но эти устройства хуже фильтруют воздух от более тяжелых частиц – например, цветочной пыльцы.

Частое орошение полости носа теплым солевым раствором (четверть чайной ложки соли на 1 чашку дистиллированной воды) помогает смывать аллергены со слизистой оболочки носа. Для этой цели часто пользуются приспособлением, называемым нети-потом. Это устройство похоже на волшебную лампу Аладдина, сделанную из керамики, стекла или пластмассы. Пользоваться нети-потом очень просто, хотя для приобретения устойчивого навыка требуется немного практики. Налейте солевой раствор в нети-пот. Встаньте над раковиной и наклоните голову вбок под углом в сорок пять градусов, а затем неглубоко введите носик нети-пота в верхнюю ноздрю и начинайте заливать в нее раствор. Жидкость, поступившую в рот, надо сплевывать. Когда жидкость в нети-поте закончится, хорошенько высморкайтесь, снова заполните сосуд и повторите процедуру с другой ноздрей.

Многие биологически активные добавки доказали свою эффективность в лечении аллергического насморка (аллергического ринита). Одно из таких средств – крапива (*Urtica dioica*). Лучше всего принимать препарат замороженной крапивы в капсулах. В одном рандомизированном, проведенном двойным слепым методом, исследовании с участием более сотни пациентов было показано, что препарат крапивы улучшает состояние при аллергическом рините в 57 % случаев, а 48 % пациентов заявили, что препараты крапивы действуют столь же эффективно, как и фармакологические антиаллергические лекарства. Крапива лечит симптомы и не является лекарством для профилактики. Обычно рекомендуют принимать по одной – две капсулы каждые два – четыре часа.

Белокопытник (*Petasites hybridus*) уже много десятилетий используют для лечения аллергии, бронхиальной астмы и мигрени. Это один из немногих растительных препаратов, который по эффективности практически не уступает фармакологическим препаратам, что было подтверждено в одном клиническом испытании с участием 132 больных сенной лихорадкой. Было выяснено, что экстракт белокопытника столь же эффективен, как цетиризин (зиртек), но

сопровождается меньшим числом побочных явлений. Кроме того, седативный эффект белокопытника намного меньше такового эффекта зиртека. Исследование продолжалось всего две недели. Больным требовалось от четырех до пяти доз экстракта белокопытника в день, и результаты можно считать многообещающими.

Биофлавоноиды – это вещества, придающие яркую окраску многим овощам и фруктам. Биофлавоноиды замечательно действуют при аллергии – они препятствуют «взрыву» тучных клеток, высвобождающих гистамин. Подобно антигистаминным препаратам, биофлавоноиды лучше всего действуют, если их принимать до контакта с потенциальным аллергеном. Как уже было сказано выше, предупреждение выброса гистамина намного предпочтительнее, чем попытки смягчить его эффекты после того, как он попал в кровь. В отличие от антигистаминных средств, у биофлавоноидов практически не бывает побочных эффектов. Некоторые биофлавоноиды (например, кверцетин и физетин) продают в виде биодобавок. Отрицательной стороной кверцетина является его низкая биодоступность, поэтому его назначают в сочетании с бромелаином или витамином С – для улучшения всасывания кверцетина из ротовой полости. Биофлавоноиды отличаются кратковременным действием, поэтому принимать их надо каждые четыре – шесть часов, но зато они очень хорошо помогают многим больным. Кромолин, стабилизатор тучных клеток, продают в форме назального спрея для лечения аллергического ринита, и в форме небулайзера – для лечения бронхиальной астмы. Я считаю это средство безопасным и эффективным.

Было также показано, что психосоматические методы лечения также смягчают течение аллергических реакций. В контролируемом исследовании людям, страдающим аллергией, проводили кожные пробы с известными аллергенами либо после просмотра документального фильма о климате, либо после просмотра веселой комедии. У тех, кто смотрел комедию, реакция на аллерген была менее выраженной, что говорит о том, что положительные эмоции могут благотворно сказываться на течении аллергии. Кроме того, это еще один аргумент в пользу существования тесной связи между иммунной системой и эмоциями. Эту проблему изучает наука – психонейроиммунология. Течение аллергии можно облегчить с помощью таких методов лечения, как гипнотерапия, которая действительно помогает многим аллергикам.

Упомянув о воздействии диеты на течение аллергии, часто имеют в виду пищевую аллергию, но то, что мы едим, может даже влиять на присутствующие в воздухе потенциальные аллергены. Многие воздействия на организм, включая инфекции и травмы, вызывают воспалительную реакцию. Аллергическая реакция – это, по сути, воспалительная реакция, вызываемая специфическим аллергеном. Специализированные клетки иммунной системы секретируют некоторые соединения – медиаторы воспаления, задача которых заключается в борьбе с инфекцией или последствиями травмы. Соблюдение противовоспалительной диеты помогает снизить аллергическую реактивность, так как такая диета подавляет высвобождение в кровь медиаторов воспаления. Многим людям достаточно добавить к пище омега-3-кислоты в форме жирной рыбы или рыбьего жира.

Заключение

Антигистаминные препараты могут спасти жизнь больного в случае анафилаксии или иной тяжелой аллергической реакции. В этом огромное преимущество таких лекарств. Но людям, страдающим аллергическим ринитом или другими банальными и неопасными для жизни аллергиями, не стоит полагаться на антигистаминные средства, а предпочесть природные средства и попытаться изменить образ жизни, то есть поменять диету, научиться справляться со стрессом и, таким образом, подавлять симптомы аллергии. Такой подход может смягчить ее течение или полностью от нее избавиться. Я не вижу, чтобы людям в такой же степени помогали фармакологические антигистаминные средства. Наоборот, в ряде случаев они могут усугубить течение заболеваний, для борьбы с которыми были созданы.

Глава 5. Лекарства от простуды и гриппа

Анна, женщина сорока шести лет, пришла в отделение неотложной помощи с жалобами на кашель, чихание, насморк и дискомфорт в области гайморовых пазух. Женщина заболела накануне. Оказавшись в кабинете врача, Анна немедленно потребовала назначить ей антибиотики, сказав, что ей надо скорее поправиться, чтобы выздороветь к важной деловой встрече, которая состоится в конце недели. При осмотре выяснилось, что Анна страдает

заболеванием, известным в просторечии как простуда. Врач сказал Анне, что у нее вирусное поражение верхних дыхательных путей, что ей станет лучше через несколько дней, и что в таких случаях антибиотики не показаны. Анна в ответ выразила лишь недоумение и возмущение. Она повторила свое требование, заявив, что хорошо знает свой организм, и что ей всегда в таких ситуациях помогают антибиотики. Врач отказался назначать антибиотики, добавив, что не советует также покупать в аптеке средства от простуды, потому что пользы от них мало, а в некоторых случаях они могут даже причинить вред. Он рекомендовал общеукрепляющие средства и полноценный отдых и покой. Пациентка сказала, что все поняла, и они с доктором сердечно расстались.

Но уже через три дня они снова встретились. У Анны все тело, кроме кистей и стоп, покрылось красной сыпью, появился частый жидкий стул, бессонница и зуд в интимном месте вместе с беловатыми выделениями. Анна призналась, что была сильно разочарована предыдущим визитом и отказом врача выписать антибиотики, и, выйдя от него, сразу же отправилась в другую клинику, где ей без долгих разговоров выписали то, что она просила. Одновременно Анна стала принимать купленные в ближайшей аптеке без рецепта средства от простуды, чтобы справиться с насморком и заложенностью носа. Симптомы простуды быстро прошли, что Анна приписала антибиотикам, но появились новые, еще более удручающие проблемы. У Анны появились симптомы, характерные для побочных эффектов антибиотиков: аллергическая реакция, вагинальная грибковая инфекция и понос из-за нарушения микробного равновесия в кишечнике. Анне порекомендовали немедленно прекратить прием антибиотиков и средств от простуды, и посоветовали начать прием пробиотиков для восстановления кишечной флоры. Доктор сказал, что Анна почувствует себя лучше через пару дней, но предупредил, что надо немедленно обратиться за помощью, если вдруг появится одышка, усилится понос, лихорадка или появится боль в животе. Последние два симптома были бы очень подозрительны на инфекцию *Clostridium difficile*, опасное заболевание, нередко осложняющее антибиотикотерапию.

Я постоянно слышу подобные истории и полагаю, что такое случается в кабинетах врачей всего мира. Простуда раздражает, а нас приучили к тому, что надо что-нибудь принять, чтобы она быстро прошла. Простуда – самое частое заболевание, поражающее человека. Большинство взрослых переносят простуду два, а то и три раза в год, а дети болеют простудой от четырех до двенадцати раз в год. Обычно считают, что простуда – это доброкачественное недомогание, которое проходит само в течение нескольких дней без специфического лечения, хотя некоторые симптомы могут держаться до двух недель. Тем не менее простуды ложатся тяжким бременем на семейный и медицинский бюджет, так как на средства от кашля и простуды тратится ежегодно до 3 миллиардов долларов, более 7 миллиардов на врачебные консультации, а убыток от пропусков работы по болезни доходит до 20 миллиардов долларов в год.

Грипп тоже дорого обходится обществу, не говоря о том, что он далеко не так безобиден, как банальная простуда. Многие люди, страдающие сильной простудой, думают, что болеют гриппом, хотя на самом деле грипп вызывается совершенно другим вирусом, поражает нижние дыхательные пути и чреват осложнениями, опасными для жизни. Согласно оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, в мире ежегодно регистрируют от 3 до 5 миллионов случаев гриппа, из которых 250 тысяч заканчиваются смертью. В Соединенных Штатах грипп ежегодно становится причиной 400 тысяч госпитализаций и нескольких тысяч смертей. Эта статистика не включает данные, характерные для эпидемий гриппа, как, например, пандемии гриппа 2009 года, вызванной штаммом H1n1. От этого тяжелого гриппа часто умирали даже молодые здоровые люди.

Простуду вызывают сотни самых разнообразных вирусов, чаще всего это риновирусы, особенно в зимнее время года. Гриппозный сезон продолжается с октября по май; пик заболеваемости приходится на январь и февраль. Вирусы гриппа часто мутируют, обманывая иммунную систему и лишая ее способности распознавать новые вирусы и делая неэффективными противогриппозные вакцины. Когда люди, пораженные простудой или гриппом, кашляют или чихают, они непреднамеренно выбрасывают в воздух вирусные частицы, которые могут вдохнуть другие люди. Кроме того, вирусные частицы могут осесть на каких-либо поверхностях. На поверхности разных предметов и на коже вирусы сохраняют жизнеспособность в течение нескольких часов. Вирусом простуды или гриппа можно заразиться через

прикосновение. Если прикоснуться к зараженной поверхности, а потом прикоснуться ко рту, носу или глазам, то можно заболеть. Наилучший способ профилактики простуды или гриппа – это избегать контактов с больными, а также часто и тщательно мыть руки с мылом.

Симптомы простуды и гриппа могут перекрываться, но есть между этими заболеваниями значительная разница. Симптомы простуды развиваются медленно и постепенно – появляется боль в горле, чихание, кашель, выделения из носа и его заложенность, и иногда к этим симптомам присоединяется общее недомогание. Грипп отличается коротким инкубационным периодом, симптомы возникают и развиваются быстро. Как правило, для гриппа характерны высокая температура, озноб, сильная утомляемость, ломота в теле, головная боль, кашель, боль в горле и заложенность носа. Симптомы гриппа и простуды обусловлены реакцией иммунной системы на инфекцию. Иммунная система выделяет соединения, поддерживающие воспаление, расширяют кровеносные сосуды и стимулируют секрецию слизи. (У большинства людей, умерших в эпидемию гриппа 1918 года, смерть наступила от переполнения легких жидкостью, выделившейся в ответ на вирусную инфекцию).

Вакцина от гриппа

Стратегии профилактики и даже лечения простуды и гриппа очень похожи, но есть два важных исключения: против гриппа людей ежегодно вакцинируют, а при заболевании гриппом назначают противовирусные лекарства (обсуждаются в следующем разделе). Мнения специалистов относительно пользы от вакцинации разделились. Ученые должны предсказать, какой именно штамм вируса гриппа вызовет эпидемию, за несколько месяцев до начала гриппозного сезона, для того, чтобы успеть изготовить достаточное количество адекватной вакцины. Иногда ученые промахиваются мимо цели. Эффективность вакцин год от года варьирует. Максимальная эффективность в удачные годы достигает 60–70 %, когда вакцина хорошо действует на данный штамм вируса. Эффект менее предсказуем у пожилых людей, которым требуются большие дозы вакцины. Вакцинация особенно важна для людей с высоким риском осложнений гриппа – стариков, новорожденных и детей раннего дошкольного возраста, людей с сопутствующими сердечными заболеваниями и заболеваниями легких, а также больных, страдающих ожирением.

После того, как человеку введут вакцину, организм реагирует на нее выработкой антител к тому штамму, который послужил основой для ее изготовления. Большинство специалистов считают, что несмотря на все недостатки, вакцинация является достаточно эффективным средством профилактики гриппа. Исследования показывают, что вакцинация может предупредить инфаркт миокарда или пневмонию на фоне гриппа. С другой стороны, обзор данных о вакцинации здоровых людей показывает весьма скромный эффект и ставит вопрос о целесообразности поголовной ежегодной вакцинации.

В настоящее время вакцины против гриппа доступны в разных формах. Если вы хотите получить вакцину в виде инъекции, то попросите, чтобы раствор не содержал тимерозала, ртутьсодержащего консерванта, который во многих странах уже снят с производства. Ртуть – это известный нервный яд. Список вакцин и уровень содержания в каждой из них тимерозала можно найти в изданиях Управления по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США.

Осложнения от приема лекарств против простуды и гриппа

Ненужное назначение антибиотиков

Я должен еще раз повторить, что простуда и грипп вызываются вирусами. Антибиотики действуют против бактерий, а не против вирусов; таким образом, в лечении неосложненных простуды и гриппа антибиотикам просто нет места.

Антибиотики также не могут предупредить развитие таких осложнений, как синусит, который может развиваться после перенесенной простуды или гриппа. Тем не менее каждый год десятки тысяч людей с этим заболеванием требуют у врачей назначить им антибиотики. В 41 % случаев антибиотики назначают по поводу инфекций дыхательных путей, причем в большинстве случаев это назначение является лишним и даже вредным. Это очень большая проблема, так как антибиотики чаще других лекарственных средств вызывают нежелательные побочные реакции, кроме того, неадекватное и излишнее назначение антибиотиков приводит к появлению

устойчивых штаммов бактерий, что представляет собой одну из главных угроз общественному здоровью (см. главу 1). Если вы заболели простудой или гриппом, то не просите врача сразу выписывать вам антибиотики.

Противовирусные средства

Пока не существует эффективных лекарств, которые могли бы предотвратить или вылечить простуду. Зато есть противовирусные лекарства для лечения гриппа. Как и вакцины, они в наибольшей степени полезны людям с высоким риском осложнений. Здоровые люди, заболевшие гриппом, чувствуют себя плохо – иногда очень плохо – в течение нескольких дней, но поправляются самостоятельно, если, конечно, не заразились особо вирулентным штаммом (такие штаммы обычно характерны для пандемий гриппа). К новым противовирусным препаратам, ингибиторам нейраминидазы, относятся занамивир (реленца) и озелтамивир (тамифлу). Эти лекарства блокируют высвобождение новообразованных вирусных частиц из инфицированных клеток. Сразу после своего появления ингибиторы нейраминидазы были громко объявлены средством выбора в лечении гриппа. Опыт и здравый смысл подсказывают, что это в некотором смысле преувеличение. Исследования показывают, что ингибиторы нейраминидазы уменьшают продолжительность заболевания в среднем всего на один день. Так же, как вакцинация, эти противовирусные средства помогают предупреждать осложнения у пациентов с высоким риском, но и у них есть недостатки. Занамивир может вызывать спазм бронхов (проявляющийся свистящим дыханием) у больных с хроническими заболеваниями легких, а озелтамивир способен вызывать головокружение, тошноту и рвоту. Так же, как бактерии могут становиться устойчивыми к антибиотикам, многие вирусы становятся устойчивыми к ингибиторам нейраминидазы, особенно к озелтамивиру.

Я очень прошу вас помнить о том, что большинство людей, заболевших гриппом, не нуждаются во врачебной помощи или в противовирусной терапии, и поправляются самостоятельно, без всякого лечения.

Безрецептурные средства от простуды и гриппа

Установлено, что 70 % людей, заболевших простудой или гриппом, принимают продающиеся без рецепта средства. Большинство этих средств неэффективны, не сокращают продолжительность заболевания, и потенциально опасны, особенно для детей (см. главу 16). В 2008 году Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами выпустило бюллетень, в котором рекомендовало не давать продающиеся в аптеках без рецепта средства от простуды и гриппа детям в возрасте до двух лет. Многие эксперты считают, что не рекомендуется назначать эти средства детям младше одиннадцати лет.

Многие находящиеся в свободной продаже средства от простуды и гриппа содержат ацетаминофен (парацетамол, тайленол) или нестероидные противовоспалительные средства, такие как ибупрофен (адвил, бруфен, мотрил) (см. главу 8). Эти лекарства могут сбить температуру и при адекватной дозировке уменьшают ломоту в теле. Но нельзя забывать, что лихорадка – это защитная реакция организма на инфекцию. При повышенной температуре иммунная система работает более эффективно. Если температура не превышает опасный уровень (40,5 °C), то не стоит принимать жаропонижающие средства, лучше прибегнуть к охлаждающим обтираниям и компрессам. Ацетаминофен и нестероидные противовоспалительные средства мало помогают от других проявлений простуды и гриппа, и могут стать причиной серьезных побочных эффектов. Есть данные, согласно которым ацетаминофен подавляет иммунный ответ и усиливает заложенность носа у взрослых, а непреднамеренная передозировка ацетаминофена может привести к поражению печени.

Антигистаминные препараты (см. главу 4) применяются по большей части при аллергии, но люди часто принимают их и при простуде – с минимальным, надо сказать, эффектом. Антигистаминные препараты первого поколения, например, дифенгидрамин (димедрол), могут усугубить неприятные ощущения, так как вызывают сгущение секрета в дыхательных путях и затрудняют отхаркивание. Кроме того, димедрол и другие старые антигистаминные средства вызывают сонливость и делают опасным вождение автомобиля и работу с тяжелыми

механизмами. Антигистаминные средства нового поколения, такие как фексофенадин (аллегра), лоратадин (klarитин) и цетиризин (зиртек) обладают меньшим седативным эффектом, но и они могут вызывать сонливость и заторможенность.

Противокашлевые средства представлены двумя категориями лекарств: собственно противокашлевые препараты, такие как декстрометорфан, соединение, родственное опиатам, которое временно подавляет кашлевой рефлекс, и отхаркивающие препараты, содержащие, по большей части, гвайфенезин. Это средство усиливает продукцию слизи в эпителии бронхов, способствует разжижению мокроты и ее более легкому отхаркиванию. Эффективность отхаркивающих средств при простуде несколько преувеличена. Кашель – это способ, к которому прибегает организм для того, чтобы очистить дыхательные пути от слизи, которая может оказывать на них вредоносное действие. Сухой кашель может быть болезненным, лишает сна и отдыха, мешает нормально работать. Такой кашель надо подавлять декстрометорфаном; продуктивный же кашель (кашель с мокротой) подавлять не следует. После тяжелой простуды кашель может иногда продолжаться неделями. Если декстрометорфан оказывается неэффективным, то назначают кодеин, который продается в аптеках только по рецепту.

Заложенность носа является частым симптомом как при простуде, так и при гриппе, и поэтому больные, как правило, принимают внутрь антиконгестанты, которые можно приобрести без рецепта. Заложенность возникает из-за расширения кровеносных сосудов слизистой оболочки верхних дыхательных путей и ее набухания из-за застоя крови. Антиконгестанты по химическому строению напоминают известный стимулятор адреналин. Эти лекарства активируют рецепторы, возбуждение которых приводит к сужению сосудов, что и устраняет заложенность носа и верхних дыхательных путей. Но у сосудосуживающих веществ есть и свои побочные эффекты. Одно из таких лекарств, фенилпропаноламин, было снято с производства и запрещено к продаже после того, как прием препарата стал причиной смерти нескольких пожилых больных. Была также запрещена продажа другого антиконгестанта псевдоэфедрина, так как он является сырьем для нелегального изготовления метамfetамина. В настоящее время почти все антиконгестанты для приема внутрь содержат другой стимулятор – фенилэфрин, обладающий следующими побочными эффектами: тревожность, головокружение, бессонница, сердцебиение и, в редких случаях, повышение артериального давления.

Антиконгестанты можно применять и местно, закапывая или распыляя их в носу. К таким антиконгестантам, в первую очередь, относят оксиметазолин (африн). Это средство действует быстрее, чем антиконгестанты для приема внутрь, но применять их можно лишь в течение непродолжительного периода времени – от одного до трех дней. При более длительном применении эффективность снижается, и лекарство приходится применять чаще, а после каждого применения заложенность возобновляется с новой силой по рикошетному эффекту (это состояние называют медикаментозным ринитом). Медикаментозный ринит – это реакция организма, стремящегося сохранить постоянство внутренней среды (гомеостаз), и в результате заложенность сохраняется и даже усугубляется. Постоянное применение местных антиконгестантов вызывает типичную лекарственную зависимость.

Так как антиконгестанты являются стимуляторами, то их не рекомендуется применять людям, страдающим артериальной гипертензией при неаккуратном лечении, нарушениями сердечного ритма, заболеваниями сердца и глаукомой. Эти лекарства могут также нарушить деятельность гладкой мускулатуры мочевого пузыря и вызвать задержку мочи. Больным с диагностированной дисфункцией мочевыводящих путей, а также мужчинам с увеличением предстательной железы, следует избегать применения антиконгестантов.

Многие комбинированные средства от простуды, продающиеся без рецепта, содержат обезболивающие, противокашлевые, устраняющие заложенность носа и антигистаминные лекарства. Если вы планируете принимать их, то внимательно ознакомьтесь с инструкцией, прежде чем приступить к лечению. При совместном приеме некоторых лекарств их токсические эффекты могут усиливаться. Некоторые данные позволяют утверждать, что эти лекарства, на самом деле, могут затянуть период выздоровления, так как внушают людям ощущение, что болезнь прошла, поэтому они ходят на работу вместо того, чтобы отдохнуть и восстановить силы.

Подход интегративной медицины к лечению простуды и гриппа

Растительные средства и добавки

Для лечения простуды и гриппа можно использовать разнообразные растительные средства и добавки. «Король настоек», андрографис метельчатый (*Andrographis paniculata*), трава, которую широко использовали в традиционной индийской медицине (аюрведа), смягчает симптомы простуды и гриппа как сам по себе, так и в сочетании с элеутерококком (*Eleutherococcus senticosus*). Вещества, добываемые из корней астрагала перепончатого (*Astragalus membranaceus*), растения из семейства бобовых, веками применяли в китайской медицине для лечения респираторных инфекций. Я рекомендую принимать эти средства профилактически в периоды сезонного увеличения заболеваемости простудой и гриппом, особенно людям, склонным к простудным заболеваниям. Я сам принимаю эти травяные средства, когда летаю в самолетах или оказываюсь в окружении чихающих и кашляющих людей. Астрагал нетоксичен, и его можно принимать в любых дозах сколь угодно долго. Эхинацея (*Echinacea angustifolia*, *purpurea* или *pallida*) помогает иммунной системе справиться с болезнью, но результаты исследований, в которых изучали эффект эхинацеи при простудах, представляются противоречивыми. Было показано, что наиболее эффективны при простуде стандартизованные экстракты из смеси *E. purpurea* и *E. angustifolia*, особенно у взрослых. Черная бузина (*Sambucus nigra*) обладает как противовоспалительными, так и противовирусными свойствами; некоторые данные указывают на то, что экстракты бузины могут сокращать длительность течения гриппа. Экстракты бузины продаются в виде сосательных таблеток и сиропов. К бузине можно добавить чеснок, являющийся лекарственным растением, эффективно стимулирующим иммунную систему и обладающим противовирусным и антибактериальным действием. При первых признаках простуды я обычно съедаю немного чеснока, покрошив его в еду. Средства, изготовленные из африканской герани (*Pelargonium sidoides*), могут смягчить симптомы простуды. В настоящее время широко рекламируют гомеопатическое средство осциллококцин (осциллококцинум), приготовленное из утиной печени и сердца. Доказательств эффективности этого средства пока не получено. Детям при лихорадке, кашле и насморке могут помочь пробиотики, но данные в отношении их эффективности у взрослых неубедительны.

В большинстве исследований подтверждается профилактическая ценность витамина С (200–500 мг в сутки; некоторые специалисты рекомендуют большие дозы), который предупреждает простуду, облегчает ее симптомы и сокращает длительность заболевания. Наиболее эффективен витамин С у лиц, страдающих дефицитом этого витамина. Эпидемиологические данные позволяют утверждать, что существует корреляция между частотой заболеваний верхних дыхательных путей (включая грипп) и уровнем содержания в крови витамина D. Данные исследований неоднозначны, но прием витамина D может помочь предупредить простуду и грипп у людей с исходно низкими значениями содержания витамина в крови. Дефицит цинка неблагоприятно сказывается на деятельности иммунной системы. В экспериментах с приемом внутрь сульфата, ацетата и глюконата цинка было показано, что это лечение весьма эффективно в первые двадцать четыре часа заболевания, хотя данные представляются не слишком убедительными. Такие побочные эффекты, как тошнота, чаще возникают при употреблении сосательных пастилок, чем на фоне приема внутрь таблеток или сиропов. Интраназальное введение солей цинка может привести к поражению обоняния.

Изменения образа жизни

Курильщики представляют собой группу риска, так как обладают повышенной восприимчивостью к инфекциям дыхательных путей. Этот риск можно уменьшить, отказавшись от курения. Хронический стресс, отсутствие социальной поддержки и депрессия могут нарушать деятельность иммунной системы, что повышает риск заболевания простудой или гриппом. Методы борьбы с последствиями стресса и вовлечение в общественную жизнь могут оказаться полезными и, к тому же, приятными. Было показано, что сосредоточенная медитация так же, как и умеренные физические нагрузки, уменьшает частоту, тяжесть и длительность симптомов простуды. Избыточные нагрузки, такие как, например, быстрый бег, могут, наоборот, повысить риск инфекционного заболевания. Для поддержания нормальной функции иммунной системы очень важен хороший, полноценный сон. Если ночью вы спите меньше шести часов, то у вас

повышен шанс заболеть простудой, потому что в лишенном нормального сна организме продуцируется меньше клеток естественных киллеров, которые необходимы для уничтожения пораженных вирусом клеток. Спать ночью надо не меньше семи часов, и к этому минимуму надо всеми силами стремиться.

Заключение

Простуда и грипп – заболевания распространенные, и в их лечении надо проявлять максимум здравого смысла, а так как их вызывают вирусы, то лечить антибиотиками их нельзя. Симптомы гриппа тяжелее симптомов простуды, в некоторых случаях грипп чреват серьезными осложнениями, но все же большинство здоровых людей выздоравливают от простуды и гриппа самостоятельно, без приема лекарств – как предписанных врачом, так и купленных без рецепта в ближайшей аптеке. Лучшая стратегия – это профилактика. Люди, отличающиеся высоким риском заболевания, должны ежегодно получать вакцину от гриппа, по совету врача принимать профилактически противовирусные препараты. Кроме того, рекомендуется часто мыть руки с мылом, полноценно отдыхать и спать, ограничить общение с заболевшими людьми, а также употреблять с пищей как можно больше антиоксидантов, витаминов и минеральных солей. Эти вещества в большом количестве содержатся в ярко окрашенных фруктах, овощах и зелени. Можно добавлять к рациону стимулирующие иммунитет грибы – маитаке или шиитаке. Эти грибы можно добавлять в различные блюда, например, в куриный бульон, который тоже подавляет некоторые симптомы простуды. Можно также принимать в виде препаратов витамин С и витамин D – особенно в периоды сезонного увеличения заболеваемости простудой и гриппом. Можно, кроме того, принимать астрагал или андрографис.

Если вы все же заболели, и начали чихать, кашлять и сморкаться, то не ходите на работу или на учебу до выздоровления, чтобы не подвергать коллег опасности заражения. Можно полоскать горло слабым солевым раствором, чтобы облегчить боль в горле, или подумать о приеме экстрактов бузины, осциллококцина, эхинацеи или африканской герани. Спросите врача, не стоит ли вам принимать противовирусные препараты, если грипп поразил вас особенно тяжело. Ограничьте прием продающихся без рецепта средств от простуды, не принимайте смеси препаратов от простуды, кашля и насморка, так как это едва ли поможет вам скорее выздороветь, но сильно повысит риск возникновения побочных эффектов. Если симптомы держатся больше десяти дней или состояние ухудшается, то обращайтесь к врачу.

Глава 6. Снотворные средства

Самый лучший способ узнать, сколь многие из нас нормально спят по ночам, это поинтересоваться, сколько снотворных лекарств принимают люди, пытаясь справиться с бессонницей. По некоторым оценкам, от 10 % до 25 % американцев принимают назначенные врачами снотворные средства и тратят на них до 4,5 миллиарда долларов в год. Число рецептов на снотворные средства подскочило с 47 миллионов в 2006 году до 60 миллионов в 2012 году, и с тех пор продолжает расти. Главные потребители снотворных – пожилые люди, женщины и образованные люди. В аптеках, кроме того, пользуются большим спросом снотворные лекарства, отпускаемые без рецепта. Я очень рекомендую всем настороженно относиться к подобным средствам и внимательно читать инструкции по их приему.

Вот одна поучительная история со счастливым концом. Марджори, считающая себя личностью типа А, мать-одиночка, сотрудник агентства по недвижимости. Когда ей было под сорок, она отметила у себя первые признаки бессонницы. Для того, чтобы выдерживать ритм работы в течение ненормированного рабочего дня, Марджори пила много кофе, и, для того, чтобы вечером успокоиться и спокойно заснуть, она выпивала за ужином стакан вина.

Когда Марджори перевалило далеко за сорок, в ее жизни произошли большие изменения. Ее единственный ребенок уехал учиться в колледж, умерла ее любимая собака, а сама она ощутила признаки надвигающейся менопаузы. Она теперь чувствовала сильную усталость, и, одновременно, возбуждение. Эта смесь ощущений преследовала ее в течение всего дня. При этом, почти каждую ночь ей приходилось бороться с бессонницей.

Лечащий врач Марджори считал, что бессонница связана с гормональным дисбалансом, характерным для ее возраста, и прописал ей зольпидем (амбиен), популярное снотворное средство. Сначала сон действительно улучшился, но с течением времени Марджори пришлось

увеличить дозу, чтобы добиться прежнего эффекта. По утрам Марджори была заторможенной и сонливой, а, кроме того, у нее появилась привычка есть по ночам – в полусонном состоянии. Когда она перестала принимать снотворное, бессонница поразила ее с удвоенной силой. Марджори впала в зависимость от зольпидема.

Марджори обратилась к специалисту по интегративной медицине. Врач выяснил, что причина бессонницы коренилась в сложном переплетении особенностей образа жизни, медицинских проблем и психологических факторов. Выяснил он также, что назначенное лекарство лишь усугубило проблему. Вместе с Марджори врач разработал план с целью отучить больную от зольпидема и восстановить нормальный сон. Врач посоветовал принимать естественное снотворное – валериану, а также мелатонин – для того, чтобы облегчить симптомы прекращения приема зольпидема.

Ключевым элементом лечения стала когнитивная поведенческая терапия. Главным было добиться понимания того, как мысли, чувства, убеждения и поведение влияли на ее сон. Кроме того, были решены сопутствующие проблемы образа жизни – диета, физические упражнения, режим труда и отдыха. Врач рекомендовал Марджори ограничить потребление кофе днем и вина вечером, а также выработать привычку к нормальному ночному сну. Врач посоветовал приглушить свет ночника в спальне, чтобы он больше располагал ко сну.

Марджори поняла, что подобно большинству людей, страдающих бессонницей, она была слишком перевозбуждена после дневной деятельности, чтобы быстро успокоиться вечером и спокойно отдыхать ночью. Для решения этой проблемы Марджори начала практиковать методику редукации стресса с помощью сосредоточенности. Кроме того, она обратилась к психотерапевту, чтобы разобраться с ощущением утраты и одиночества, которое усугублялось тем, что она постоянно видела в своих снах сына и собаку. После долгого и трудного лечения Марджори впервые за много лет начала нормально спать.

Бессонница

Бессонница проявляется трудностью засыпания, пробуждениями среди ночи или невозможностью нормально выспаться. Национальный Фонд Сна сообщает, что сорок миллионов американцев страдают нарушениями сна, а у 62 % взрослых американцев нарушения сна возникают несколько раз в неделю.

Хороший сон – это залог доброго душевного и физического здоровья. Сон позволяет восстановить силы и укрепляет иммунитет. Фаза быстрых движений глаз, во время которой мы видим сны, играет чрезвычайно важную роль в обучении, консолидации памяти и регуляции настроения. Плохой сон может способствовать развитию хронических воспалительных заболеваний и повышает риск нарушения здоровья. Плохой сон может спровоцировать развитие депрессии, ожирения, сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, рака и аутоиммунных нарушений.

Причины бессонницы сложны и тесно связаны с образом жизни. Существуют три типа факторов, связанных с бессонницей – предрасполагающие, вызывающие и поддерживающие бессонницу. К предрасполагающим факторам относят перевозбуждение, чрезмерное потребление таких веществ, как алкоголь, кофеин, нарушения циркадного ритма (суточных циклов физиологических процессов), нахождение ночью в ярко освещенном помещении, а также изменения здоровья, обусловленные старением. К факторам, вызывающим бессонницу, относят события, вызывающие сильный, надпороговый стресс, приводящий к бессоннице. К таким событиям относятся серьезные заболевания, развод, наступление менопаузы, стрессы, связанные с работой или финансовыми проблемами. К факторам, поддерживающим бессонницу, относятся попытки неправильным способом справиться с ней, например, длительным приемом снотворных лекарственных средств. Заболевания, сопровождающиеся болью или дискомфортом, упадок сил, а также регулярный прием некоторых лекарств, могут вызвать предрасположенность к бессоннице, спровоцировать или поддержать ее.

Сильнодействующие снотворные средства: как они работают и какие побочные эффекты вызывают

Для лечения бессонницы люди принимают десятки различных препаратов. Для лечения бессонницы в довольно больших дозах применяют бензодиазепины, лекарства из класса седативных и анксиолитических средств. Часто снотворные препараты называют 3-лекарствами,

потому что в их названии присутствует буква «з». Все вместе эти лекарства называются седативно-гипнотическими (от слова Гипнос – имени греческого бога сна). Есть также лекарства, у которых усыпляющий эффект не является первичным, но их, тем не менее, назначают и в качестве снотворных. К таким лекарствам относятся седативные препараты, антидепрессанты, антипсихотики и антигистаминные средства.

Отпускная цена этих лекарств колеблется от менее 1 доллара до более 30 долларов за одну дозу. Фармацевтическая промышленность продвигает эти лекарства, во-первых, с помощью адресованной потребителям рекламы, а также финансируя деятельность организаций, занимающихся просвещением населения относительно качества сна. Например, Национальный Фонд Сна, ведущая некоммерческая организация, занимающаяся обучением здоровому сну и лечением бессонницы, получает значительную финансовую помощь от фармацевтических компаний.

Очень немногие из тех, кто полагается на наиболее популярные снотворные лекарства, знают, как они работают и как действуют (или не действуют), а также осведомлены об их побочных эффектах и нежелательных реакциях.

Несмотря на то, что для улучшения сна люди уже много тысяч лет используют разные травы и алкоголь, первые настоящие снотворные лекарства появились только в девятнадцатом веке. В начале двадцатого века на рынок вышли барбитураты, седативные и потенциально опасные лекарства, обладающие снотворным действием, и доминировали на рынке до шестидесятых годов, когда в качестве более мягкой альтернативы в аптеках появились бензодиазепины.

Бензодиазепины – это седативные лекарства, уменьшающие тревожность, расслабляющие произвольную мускулатуру и обладающие снотворным действием. Лекарства этого класса отличаются друг от друга быстротой наступления эффекта и длительностью действия. Генерические названия всех этих лекарств заканчиваются на «-пам» или «-лам», например, диазепам (валиум), альпразолам (ксанакс), клоназепам (клонапин), лоразепам (ативан), триазолам (халцион) и флуразепам (дальман). Все эти лекарства стимулируют выделение ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) в окончаниях нейронов головного мозга. ГАМК – это естественный нейромедиатор, подавляющий активность нервных клеток. Так как бессонницу в подавляющем большинстве случаев вызывает напряжение и тревога, неудивительно, что бензодиазепины помогают заснуть. Бензодиазепины могут в начале применения производить чудодейственный эффект (принимают ли их от тревожности или бессонницы), поэтому врачи во всем мире очень охотно назначают и выписывают препараты этой группы.

Обычно бензодиазепины назначаются коротким курсом – две – четыре недели, но многие больные принимают их регулярно в течение длительного времени. Одновременный прием бензодиазепинов с алкоголем или другими седативными лекарствами, а также с опиатами, очень вреден и может оказаться даже смертельно опасным. Распространенные побочные эффекты от приема бензодиазепинов включают сонливость, нарушение чувства равновесия, головокружение, спутанность сознания, амнезию и нарушения дыхания. Несмотря на то, что бензодиазепины помогают уснуть и дольше проспать, они, тем не менее, нарушают структуру нормального сна – циклическое возникновение сновидений. Точнее сказать, они увеличивают продолжительность поверхностного сна за счет укорочения фаз глубокого сна и подавляют фазу быстрого движения глаз – фазу, в течение которой мы видим сны. Длительный прием бензодиазепинов приводит к развитию толерантности, необходимости повышения дозы для сохранения прежнего эффекта, а также к зависимости. Зависимость от бензодиазепинов отличается большим упорством. Некоторые специалисты утверждают, что бензодиазепины вызывают более сильную зависимость, чем опиаты.

З-лекарства, первые фармакологические средства этого класса, которыми стали лечить бессонницу (это показание было сформулировано в девяностые годы), приобрели особенно большую популярность во всем мире. За период с 1999 по 2010 год число выписанных рецептов на З-лекарства выросло на 350 %. Подобно бензодиазепинам, З-лекарства тоже повышают секрецию ГАМК в нервных окончаниях, но делают это более избирательно и не во всех областях головного мозга. Специалисты утверждают, что у З-лекарств меньше побочных эффектов, чем у бензодиазепинов, и, кроме того, они не нарушают цикличность нормального сна.

Главные лекарства З-типа – зольпидем (амбиен), залепон (соната) и эзопиклон (лунаста) – имеют практически одинаковое химическое строение, но отличаются друг от друга

эффективностью, длительностью действия, быстротой наступления эффекта и побочными действиями. Прием З-лекарств связывают с явлением *парасомнии*, странного состояния, возникающего в ночное время. Это состояние характеризуется сомнамбулическим поведением (ходжением во сне в бессознательном состоянии), вождением машины во сне, телефонными разговорами во сне, приготовлением пищи и даже занятиями сексом во сне. К другим побочным эффектам относят сонливость, амнезию, головную боль, головокружение и депрессию. З-лекарства нельзя сочетать с алкоголем и другими седативными средствами.

Разработанные в пятидесятые годы антидепрессанты с седативным действием представлены такими препаратами, как amitriptilin (флавил), доксепин (силенор), мirtазапин (ремерон) и trazodon (дезирел). Их охотно назначают в качестве снотворных лекарств, несмотря на то, что Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США не утвердило их в качестве именно снотворных средств. Антидепрессанты с седативным действием подавляют секрецию гистамина, и все они вызывают в качестве побочного эффекта сонливость. При бессоннице их назначают в малых дозах, и специалисты утверждают, что эти антидепрессанты безопасны при длительном применении. Несмотря на то, что пока нет окончательной ясности относительно механизма его действия, чаще всего в качестве снотворного назначают trazodon, и его добавляют к антидепрессантам – ингибиторам обратного захвата серотонина, которые могут вызывать бессонницу (см. главу 9).

Антидепрессанты с седативным действием, кроме того, оказывают мощное антихолинергическое действие, то есть подавляют активность ацетилхолина, одного из главных нейромедиаторов центральной нервной системы. Большая часть побочных эффектов этих лекарств связана именно с подавлением холинергической активности: сонливость в дневное время, увеличение веса тела, нарушения работы сердца, нарушение пищеварения, головная боль, сухость во рту и нечеткость зрения. Антидепрессанты с седативным действием ухудшают течение синдрома беспокойных ног и подавляют фазу быстрых движений глаз. Эти побочные эффекты особенно сильно проявляются у пожилых больных, которые часто принимают и другие антихолинергические лекарства – например, антиаллергические, спазмолитические средства, средства от тошноты и миорелаксанты. Передозировка антидепрессантов с седативным эффектом может оказаться смертельно опасной.

Помимо бензодиазепинов и антидепрессантов с седативным действием для лечения бессонницы назначают и другие средства, которые были синтезированы для других целей. К таким препаратам относятся некоторые антипсихотические средства – кветиапин (сероквель) и оланзапин (зипрекса), противоэпилептические средства – габапентин (нейронтин) и прегабалин (лирика), а также старые антигистаминные средства – например, гидроксизин (вистарил, атаракс). Все эти лекарства обладают одним общим побочным эффектом – седативным, но о механизмах их действия в отношении бессонницы и об их безопасности известно сравнительно мало.

Недавно Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами одобрило применение в качестве снотворных средств двух препаратов – рамелтона (розерома) и суворексанта (белсомры). В отличие от других снотворных, рамелтон вызывает сон, связывая в головном мозге мелатониновые рецепторы. Мелатонин – нейромедиатор, участвующий в регуляции циркадного ритма. Разработанный именно как снотворное, рамелтон оказывает сравнительно мягкое действие. Тем не менее и у него есть побочные эффекты – сонливость в дневное время, повышенная утомляемость, нарушение концентрации внимания, головная боль, снижение либидо и нарушение детородной способности у женщин.

Суворексант блокирует действие орексина (гипокретина), нейромедиатора, поддерживающего бодрствование. Для лечения бессонницы это лекарство было одобрено в 2014 году, при этом Управление по контролю пищевых продуктов и лекарств значительно уменьшило рекомендуемую дозу во избежание побочных эффектов. Основные побочные эффекты – сонливость, нарушение способности вести машину, депрессия, суицидальные мысли, странные сновидения, галлюцинации и парасомнические явления, похожие на те, что вызываются З-лекарствами. Суворексант может также вызывать сонные параличи – состояния, выражающиеся пугающей болью неспособностью шевелиться и говорить в течение нескольких секунд при засыпании или при пробуждении.

Эффективность снотворных средств

Недавно проведенные исследования с использованием объективных методов оценки параметров сна подняли ряд важных вопросов относительно эффективности снотворных препаратов. В среднем, 3-лекарства ускоряют засыпание на 13 минут и продлевают сон на 11 минут. Бензодиазепины ускоряют засыпание на 10 минут, и продлевают время сна на 32 минуты. Суворексант ускоряет засыпание всего на 2–3 минуты, и увеличивает время сна на 21 минуту. Эта разница статистически значима и достоверна, но в функциональном плане она, собственно говоря, не играет никакой роли.

Интересно, что эти объективные данные противоречат субъективным отзывам больных, которые считают снотворные весьма эффективными. Люди, принимающие снотворные таблетки, утверждают, что в среднем время сна увеличилось у них на 52 минуты на фоне приема бензодиазепинов и на 32 минуты на фоне приема 3-лекарств. По всей вероятности, амнезия, которую вызывают лекарства этих классов, заставляет больных просто забывать о том, как плохо они на самом деле спали. Люди, регулярно принимающие снотворные, просыпаются по ночам чаще, чем страдающие бессонницей пациенты, не принимающие снотворных. Когда корреспондент «Нью-Йорк Таймс» спросил об этом представителя одной из фармацевтических компаний, тот ответил: «Если вы утром забыли, сколько времени ворочались ночью с боку на бок, то можно считать, что вы хорошо спали».

Снотворные средства, отпускаемые без рецепта

Каждый год от 10 % до 20 % американцев покупают снотворные лекарства, отпускаемые в аптеках без рецепта. К таким лекарствам, в первую очередь, относятся дифенилгидрамин (димедрол), унисом, нитол, соминекс и другие. Их популярность коренится в уверенности, будто лекарства, продающиеся без рецептов, более безопасны, чем патентованные рецептурные средства. Определенно, лекарства, отпускаемые без рецепта, легче купить, они значительно дешевле, но при этом способны вызывать нежелательные побочные эффекты.

В большинстве лекарств, продающихся без рецепта, содержится антигистаминное вещество (бенадрил), некоторые содержат ацетаминофен или аспирин. Подобно антидепрессантам с седативным эффектом, лекарства, продающиеся без рецепта, вызывают сонливость за счет своего антигистаминного действия. На фоне приема таких снотворных средств часто возникают побочные эффекты – длительная сонливость, дезориентация, запор, задержка мочи, нечеткость зрения, сухость во рту и сокращение фазы быстрых движений глаз во время ночного сна.

Осложнения от приема снотворных средств

Помимо многих побочных эффектов и неприятных реакций, на фоне длительного регулярного приема снотворных средств довольно часто возникают и другие проблемы. Например, своеобразное «похмелье» после приема снотворных, когда пациенты чувствуют себя «не в своей тарелке», даже когда полностью бодрствуют. Такое самочувствие многократно повышает риск дорожно-транспортных происшествий и падений, особенно среди пожилых больных.

Длительный прием бензодиазепинов, 3-лекарств, средств, продающихся без рецепта, и антидепрессантов с седативным действием приводит к развитию толерантности – необходимости увеличения дозы для сохранения прежнего эффекта. Толерантность провоцирует передозировки, как в форме приема больших доз одного лекарства, так и в форме добавления к нему других лекарств и фармакологически активных веществ. История полна рассказов о знаменитостях, умерших от передозировки снотворных в отчаянной попытке наладить сон. Печально, но есть множество подобных историй, происшедших с обычными людьми, историй, о которых молчат СМИ.

Несмотря на то, что все считают, будто снотворные средства лечат бессонницу, они на самом деле всего лишь подавляют симптомы – то есть маскируют нарушение сна, не затрагивая главных причин бессонницы. Следовательно, прекращение приема снотворных препаратов приводит к резкому возобновлению или даже усугублению бессонницы. Рикошетная бессонница может длиться много дней и даже месяцев, провоцируя развитие зависимости и пристрастия.

Риск развития толерантности, зависимости и рикошетного эффекта у 3-лекарств как будто ниже, чем такой же риск от приема бензодиазепинов, но в действительности лекарства и того, и

другого класса способны вызывать эти нежелательные эффекты. Главным недостатком бензодиазепинов является то, что они способны вызывать истинную зависимость с исключительно тяжелым синдромом отмены. (В главе 9 описана история зависимости одной женщины и ее борьбы с этой зависимостью).

Никогда не прекращайте прием снотворных лекарств резко. Намного безопаснее снижать дозу постепенно и под врачебным наблюдением. В зависимости от принимаемого лекарства, исходной дозы и длительности приема, отвыкание от снотворных может быть и достаточно легким, а может стать мучительным испытанием, длящимся недели или даже месяцы. Процесс отмены сопровождается чередующимися взлетами и падениями, улучшениями и ухудшениями. Чаще всего развиваются следующие симптомы: рикошетная бессонница, тревожность, депрессия и когнитивные нарушения.

З-лекарства влияют на фазу быстрых движений глаз, а бензодиазепины, антидепрессанты с седативным действием и безрецептурные снотворные средства подавляют сновидения. Эти же лекарства усугубляют течение депрессии, деменции и болезни Альцгеймера, то есть заболевания, которые сами по себе характеризуются угнетением быстрых движений глаз во сне.

Более дюжины исследований были посвящены возможной связи между приемом снотворных средств с заболеваемостью раком, а также с общей смертностью. В одном исследовании с участием десяти тысяч человек, принимавших З-лекарства или бензодиазепины, было выявлено увеличение среди них заболеваемости раком на 35 % по сравнению с общей популяцией, а также обнаружена положительная корреляция между избыточным приемом снотворных и общей смертностью.

Подход интегративной медицины к лечению бессонницы

Несмотря на то, что в последнее время было опубликовано много материалов о вредных побочных эффектах длительного приема снотворных препаратов, они все же остаются самым популярным средством лечения бессонницы. Этот подход подкрепляется так называемой медикализацией сна – фармацевтическая индустрия подогревает мнение о том, что бессонница вызывается нарушением биохимического равновесия в головном мозге, и это нарушение можно быстро устранить компенсирующим введением соответствующих фармакологических средств. Такая перспектива полностью обезличивает сон. Медикаментозный подход отменяет попытки решить проблему, разрешив личностные и жизненные неурядицы, и подрывает саму эффективность сна – уверенность в наших способностях поправить наш собственный сон.

Так же, как простуда, время от времени возникающая бессонница является преходящей и обычно проходит самостоятельно. Но, как и упорной простудой, хронической бессонницей должен заниматься врач.

У врачей общей практики нет ни времени, ни достаточных навыков в лечении бессонницы, и они склонны либо сразу назначать снотворные средства, либо направляют пациента на исследование в лабораторию сна, что является совершенно излишним. Специалисты поведенческой медицины сна, как правило, справляются с бессонницей с помощью особой разновидности когнитивной поведенческой терапии – ее модификации для бессонницы.

Интегративная медицина придерживается многостороннего разумного подхода к проблеме бессонницы и не считает ее чисто химическим расстройством. Интегративная медицина опирается на принцип *эндогенного исцеления* – на веру в нашу врожденную способность и естественную склонность спать. Вместо того, чтобы заставлять людей спать силой фармакологического принуждения, сторонники интегративной медицины пропагандируют более мягкий подход, предусматривающий более активное участие пациента в процессе выздоровления. Сейчас мы и приступим к рассмотрению некоторых методов.

Устранение шума

В большинстве случаев причина бессонницы заключается отнюдь не в недостатке сонливости, а в чрезмерной стимуляции, возникающей в результате воздействия биомедицинских, психологических и внешних факторов или «телесного, душевного или внешнего шума». Устранение шума – это выявление и устранение избыточной стимуляции, которая нарушает нашу естественную и врожденную склонность ко сну.

Телесный шум может вызываться множеством биомедицинских проблем, которые могут провоцировать бессонницу. Это могут быть такие факторы, как побочные эффекты кофеина и алкоголя, боль или дискомфорт, расстройства пищеварения, такие как желудочно-пищеводный рефлюкс, аллергия, симптомы пременопаузы, синдром беспокойных ног и побочные эффекты принимаемых лекарств. Телесный шум может вызывать отсутствие адекватной физической нагрузки в течение дня, а также хроническое мышечное напряжение, обусловленное тревогой.

Соблюдение адекватной диеты, прием полезных веществ и некоторые медицинские меры помогают уменьшить телесный шум. Важно также оценить возможные влияния на качество сна со стороны принимаемых лекарств. При необходимости стоит подумать об альтернативном лечении. Для уменьшения хронического мышечного напряжения существует много методик, влияющих на отношения сознания и тела. К таким методикам относятся йога, прогрессивная мышечная релаксация, дыхательная гимнастика, самовнушение, транскраниальная магнитная стимуляция и нейрофидбэк. Уменьшение стресса, основанное на сосредоточенности (mindfulness-based stress reduction, MBSR) является структурированной формой медитации, которая, как было показано, хорошо помогает при бессоннице, и, кроме того, облегчает постепенную отмену снотворных препаратов.

Душевный шум – это глубоко укоренившиеся мысли и чувства, основанные на неверных представлениях о самых разнообразных вещах. Самый эффективный метод лечения такого расстройства – это СВТ-I. Этот метод помогает менять мысли, мнения, убеждения и поведение – те их проявления, которые мешают человеку спать. Конечно, СВТ-I работает не так быстро, как патентованные снотворные средства, но эта техника значительно более эффективна и дает более устойчивый результат. Обычно в ходе терапии добиваются ослабления стимуляции и ограничения сна – эти две тактики уменьшают бессонницу и, одновременно, уменьшают время, проведенное в постели. Когнитивная поведенческая терапия бессонницы особенно полезна в ослаблении чрезмерных усилий уснуть. Эти усилия обычно приводят к противоположному эффекту.

Интегративная медицина признает также психологический и духовный аспект сна. Если в засыпании и есть какой-то секрет, то он заключается в том, что бодрствующая часть сознания противится наступлению сна. В каком-то смысле у нас никогда нет нужды «идти спать», потому что сон и без этого незримо присутствует внутри нас. Наоборот, нам надо в какой-то момент избавиться от бодрствования. Овладение релаксирующими методиками, например, дыхательной медитацией, может хорошо помочь в засыпании. Очень важно также ограничить время пользования компьютером, сотовым телефоном и другими высокотехнологичными гаджетами.

Внешний шум – это настоящий, физический шум в спальне, избыточный свет, душный, спертый воздух и слишком высокая температура в комнате (выше 20 °C). Помимо этого, в спальне человек должен испытывать ощущение безопасности – как физической, так и психологической.

Лекарственные травы и другие природные средства

Некоторые растительные и натуропатические средства, способствующие засыпанию, могут помочь справиться с бессонницей и избавиться от зависимости от фармакологических снотворных средств. В целом, такие природные лекарственные средства безопаснее и дешевле патентованных снотворных средств. Растительные средства лучше всего принимать на фоне устранения шумов, о чем было сказано выше. Несмотря на то, что в интернете можно найти массу сведений о природных снотворных средствах, я все же рекомендую обратиться к профессионалу – знающему фармакологу или врачу. Наибольшей популярностью пользуются три средства – корень валерианы, L-теанин и мелатонин. Все эти средства в настоящее время подвергаются интенсивным исследованиям.

Валериана – это трава, обладающая мощным седативным действием, поддерживающая нормальную структуру сна, то есть сохраняет чередование периодов глубокого сна с периодами быстрых движений глаз. В западной медицине валериана применяется уже много столетий и доказала свою безопасность, но ее нельзя сочетать с другими седативными средствами или

лекарствами. Лучше всего принимать ее в виде стандартизованного экстракта в капсулах по 400 и 600 мг за полчаса до отхода ко сну.

L-теанин – это аминокислота, также отличающаяся безопасностью и высокой эффективностью в уменьшении тревожности. Препарат вызывает хорошую релаксацию. L-теанин получают из листьев чая. Лекарство стимулирует появление альфа-волн (волн расслабления) на электроэнцефалограмме и повышает уровень ГАМК в головном мозге. L-теанин подавляет тревожность, и поэтому эффективен при бессоннице, так как она в большом проценте случаев вызывается именно тревожностью. Кроме того, L-теанин устраняет некоторые стимулирующие эффекты кофеина. Обычная доза 200–250 мг.

Мелатонин – это нейротрансмиттер, играющий ключевую и сложную роль в работе мозга в ночное время, так как регулирует циркадный ритм и поддерживает здоровый сон со способностью к сновидениям. Мелатонин продают в разнообразных дозировках, в таблетках для быстрого и медленного всасывания. При правильном применении мелатонин помогает справиться со многими формами бессонницы. К сожалению, мелатонин часто назначают без соответствующих показаний и рекомендуют неверную схему приема. Несмотря на доказанную безопасность препарата, высокие дозы не всегда помогают справиться с бессонницей и даже могут усугубить ее. В продаже имеются разные дозировки. Я рекомендую принимать по 2,5 мг под язык непосредственно перед отходом ко сну.

Заключение

Бессонница – это ярчайший симптом неправильного и нездорового образа жизни. Снотворные лекарства подавляют этот симптом и заменяют его суррогатным сном, который не обеспечивает полноценный отдых. Учитывая их ограниченную эффективность и серьезные побочные эффекты, я считаю неоправданным увлечение назначением снотворных препаратов всем, кто жалуется на бессонницу. Если снотворные и нужно применять, то назначать их надо на непродолжительный период времени, например, на время переживания острого горя (смерть близкого человека) или при перелете в другой часовой пояс. В лечении бессонницы должны преобладать методы, рассматривающие бессонницу как результат неправильного образа жизни.

Глава 7. Стероиды

Фредди Хомбургер, онколог и страстный любитель акварели, был поклонником известного французского художника Рауля Дюфи задолго до того, как познакомился с ним лично. Именно это почитание и привело к знакомству Хомбургера и Дюфи. В 1949 году доктор Хомбургер увидел на обложке журнала «Лайф» фотографию Дюфи. Художнику было тогда семьдесят два года, и на портрете было видно, что его суставы изуродованы ревматоидным артритом. Хомбургер, знакомый с недавними испытаниями гормона коры надпочечников (кортизона ацетата) как средства лечения воспалительных заболеваний, написал Дюфи письмо, в котором объяснил художнику возможную пользу и потенциальный риск от участия в клиническом испытании кортизона, и предложил участвовать в исследовании, которое Хомбургер собирался организовать в Бостонском госпитале.

К тому времени Дюфи, страдавший ревматоидным артритом с юности, стал инвалидом. Он не мог стоять без посторонней помощи и с трудом рисовал, так как потеряв возможность работать правой рукой, был вынужден рисовать левой. Мало того, он был не в состоянии держать кисть, и ему приходилось прикреплять ее к руке клейкой лентой. Несмотря на лечение солями золота – в то время это был стандарт – состояние художника ухудшалось. Сначала он стал передвигаться с помощью костылей, а затем ему пришлось сесть в инвалидное кресло-каталку. Болезнь мешала художнику работать – и чем дальше, тем больше.

Дюфи принял предложение Хомбургера и в апреле 1950 года был госпитализирован в Еврейский мемориальный госпиталь Бостона. После осмотра и обследования, после курса лечения гингивита и кариеса зубов Раулю Дюфи были назначены ежедневные инъекции кортизона в дозе 100 мг. Позже художника перевели на прием кортизона внутрь, назначив одновременно в качестве буфера аспирин. Для смягчения побочных эффектов кортизона Дюфи получал соли калия (для предупреждения задержки жидкости), а также еженедельные инъекции тестостерона для профилактики остеопороза. Таковы были стандарты лечения в то время. (Дюфи

был курильщиком и большим любителем вина; обе эти привычки усугубляют потерю костной ткани).

Несмотря на задержку жидкости и небольшое поражение желудка, доктор Хомбургер считал ответ Дюфи на лечение «быстрым, благоприятным и устойчивым». Судя по записям врача-физиотерапевта, уже к середине июня Дюфи снова овладел навыками повседневной жизни, которыми не обладал в момент поступления в госпиталь. Очень скоро художник уже мог без посторонней помощи выдавливать краску из тюбиков.

Радость Дюфи была так велика, что врачи заподозрили, что это эйфория, вызванная приемом кортизона. Но Берта, агент и любовница художника, заверила врачей, что Дюфи просто снова стал самим собой. Берта сообщила также, что у Дюфи восстановилось либидо. На фоне такого улучшения неутомимый Дюфи был выписан из госпиталя и поселился в отеле на берегу Чарльз-ривер, где снова стал писать. Суточную дозу кортизона уменьшили до 50 мг. Несмотря на выраженные побочные эффекты, например, отек лица, Дюфи теперь мог ходить и по два – три часа в день писать картины.

В декабре 1950 года у Дюфи возник абсцесс левой ягодицы на месте инъекций кортизона. Вследствие введения гормона инфекция протекала скрыто до тех пор, пока абсцесс не стал очень большим, и к нему присоединились общие симптомы – повышенная утомляемость, общее недомогание и потеря аппетита. Под общей анестезией абсцесс был вскрыт, и из него удалили больше 800 мл гноя. Терапия кортизоном была продолжена.

12 марта 1953 года Дюфи написал доктору Хомбургеру свое последнее письмо. «У меня возникло расстройство кишечника. Оно приняло форму непроходимости, но сегодня она полностью разрешилась. Я несколько обеспокоен моим будущим, и отныне буду неукоснительно принимать лекарства и соблюдать профилактические меры».

Менее чем через две недели, в возрасте семидесяти шести лет, Рауль Дюфи умер от профузного кишечного кровотечения. Скорее всего, это было осложнение от непрерывного трехлетнего лечения кортизоном (и аспирином).

История стероидов

История стероидов неразрывно связана с именем доктора Филиппа Хенча из расположенной в Рочестере (Миннесота) клиники Мэйо. В апреле 1949 года Хенч опубликовал поразительные фотографии больных ревматоидным артритом: все они поправились на фоне лечения синтетическим кортизоном. Открытие Хенча было воспринято как настоящее чудо. В следующем году Хенч и его сотрудник Эдвард Кендалл получили Нобелевскую премию за «открытия, касающиеся надпочечниковых гормонов, их структуры и биологических эффектов».

Как самое мощное из известных в то время противовоспалительных средств, кортизон в мгновение ока изменил лечебную тактику в ревматологии. Помимо этого, кортизон произвел настоящую революцию в офтальмологии, гастроэнтерологии, пульмонологии, дерматологии, нефрологии, а, кроме того, облегчил развитие двух направлений в послевоенной медицине – трансплантации органов и детской онкологии.

Кортизон и его производные, известные под общим названием *стероиды* (или *кортикостероиды*), до сих пор остаются в десятке самых популярных лекарств, как назначаемых врачами, так и продающихся в аптеках без рецепта. Стероиды остаются непревзойденными противовоспалительными средствами, а их значение в общей медицине никем не оспаривается. Число больных, получающих лечение стероидами, и диапазон их клинического применения, превышают эти показатели всех других лекарств. Неудивительно, что Всемирная Организация Здравоохранения включила стероиды в список необходимых лекарств.

Ежегодно только в США выписывают миллионы рецептов на принимаемые внутрь препараты стероидов. По некоторым оценкам, 1,2 % населения США в возрасте старше двадцати лет – более 2,5 миллионов человек – получали стероиды в период между 1999 и 2008 годами. Это очень значительное число, но оно составляет лишь небольшую долю тех людей, что применяют стероиды в виде наружных мазей и ингаляций.

Существует много болезней с неизвестной причиной, и врачи часто назначают пробное лечение стероидами в надежде, что такое лечение окажется эффективным. Легкость, с какой

можно выписать рецепт на стероиды, вытеснила традиционный подход к лечению, когда сначала выясняют причину и суть болезни, и только после этого назначают эффективное лечение.

Стероидные лекарства

Гормоны, продуцируемые корой надпочечных желез (наружным их слоем; в отличие от внутреннего, называемого мозговым слоем), состоят из четырех колец, соединенных между собой в так называемое *стероидное ядро*. Химические группы, присоединенные к ядру, могут изменять фармакологические свойства стероидов, и в результате, были синтезированы лекарства, обладающие более или менее выраженными противовоспалительными свойствами, а также с различной выраженностью нежелательных побочных эффектов – задержки солей и воды.

В 1955 году в клиническую практику был введен первый синтетический стероидный препарат преднизон, а три года спустя был запатентован триамсинолон. Преднизон в пять раз мощнее кортизона, но обладает теми же побочными эффектами в отношении задержки соли и воды. Триамсинолон по мощности действия не уступает преднизону, но в меньшей степени задерживает соли натрия и воду. Триамсинолон можно растворить в ацетоне. В результате получается триамсинолон-ацетонид (трианекс, триесенс, тридерм). Это очень мощное, растворимое в жирах, соединение, легко проникающее в кожу, что делает его великолепным средством лечения дерматита и псориаза – в форме мазей и лосьонов. К внутримышечным инъекциям триамсинолона иногда прибегают для лечения аллергической бронхиальной астмы, тяжелого контактного дерматита, сезонного аллергического насморка (сенной лихорадки), а также осложнений от переливания крови и реакций повышенной чувствительности к лекарствам (сывороточной болезни). В 2014 году Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США разрешило продажу без рецептов триамсинолона-ацетонида в виде назального спрея под фирменным названием назакорт.

Введение триамсинолона (кеналога) в полость суставов при остеоартритах и ревматоидном артрите обеспечивает быстрое устранение боли, обычно в течение от двадцати четырех до сорока восьми часов. Облегчение длится от шести до двенадцати недель, и инъекции повторяют два – три раза в год, что безопасно для больного. (По моему опыту могу сказать, что эффективность инъекций со временем уменьшается).

Как действуют стероиды: обоюдоострый меч

Воспаление может доставлять массу неприятностей, но не надо забывать, что оно – краеугольный камень нашей системы выздоровления и заживления повреждений. Воспаление – это ответ организма, позволяющий ему доставлять больше питательных веществ и иммунокомпетентных клеток к травмированному месту или к месту, пораженному бактериями, вирусами и токсинами. Организм весьма тонко регулирует силу воспаления. Недостаточно выраженное воспаление делает организм восприимчивым к инфекции; слишком сильное воспаление повреждает собственные ткани организма, повышает риск развития аллергии и аутоиммунных реакций. Две надпочечных железы, гипоталамус и гипофиз продуцируют мощные гормоны, регулирующие силу воспалительной реакции, а также обмен веществ, в целом поддерживают здоровое состояние мышц, костей, сердца, печени и почек. Эти гормоны воздействуют также на наше настроение и эмоции.

Стероиды, как эндогенные, так и принятые в форме лекарств, прочно связываются с глюкокортикоидными рецепторами, присутствующими практически во всех клетках организма. Это взаимодействие гормонов с рецепторами регулирует экспрессию генов в клеточном ядре, подавляет воспалительные реакции во многих тканях и органах: например, в суставах, где воспаление приводит к развитию ревматоидного артрита; в нервах, где воспаление приводит к неврологическим расстройствам; в дыхательных путях, где воспаление приводит к астме. Наиболее важные эффекты стероидов обусловлены именно таким геномным механизмом. Геномное действие происходит даже при назначении малых доз стероидов, но развивается оно сравнительно медленно. До наступления геномного эффекта проходит до восемнадцати часов после приема стероидного лекарства.

Но при введении высоких доз стероидов развивается негеномный эффект – в течение секунд или считанных минут – в результате непосредственного воздействия стероидов на клеточные мембраны. Взаимодействие стероидов с ними влияет на функцию нервных клеток в головном мозге, влияет на продукцию других гормонов, на поведение и когнитивные способности. Это

очень важное различие, потому что сравнительная сила действия разных стероидов сильно отличается при геномном и негеномном действии.

Применение стероидов

Стероиды могут спасти жизнь больного в случаях анафилактического шока и других тяжелых аллергических реакций; они незаменимы в лечении аутоиммунных заболеваний и отека головного мозга, они являются неотъемлемой частью терапии лейкозов и лимфатических опухолей, а также играют важнейшую роль в предупреждении отторжения пересаженных органов. В таких случаях их ценность в качестве иммунодепрессантов и противовоспалительных средств не оспаривается. В настоящее время стероиды используются для лечения множества менее серьезных заболеваний – таких как легкие случаи дерматита, возникающего от контакта с анчаром или ядовитым плющом, потницы, а также болевых синдромов самого разнообразного происхождения. Но назначение стероидов для устранения банальных жалоб нельзя признать удачным выбором. Большинство людей, принимающих стероиды, не знают, как они работают, и насколько опасными могут быть.

Назначая лечение стероидами, специалисты начинают с самых малых доз, и назначают их на очень непродолжительное время. Критерии эффективности и неэффективности лечения надо установить до его начала, чтобы прекратить прием стероидов, если они не помогают. Типичные дозы преднизона (или их эквиваленты) следующие:

- Низкая доза: меньше 7,5 мг в сутки
- Средняя доза: от 7,5 до 30 мг в сутки
- Высокая доза: больше 30 мг в сутки

Помните, что даже малые дозы стероидов (менее 5 мг в сутки) могут стать причиной осложнений.

Осложнения от приема стероидов

На частоту и тяжесть нежелательных эффектов влияют доза, длительность лечения, путь введения и лекарственная форма стероидов, а также исходное состояние больного и особенности его анамнеза (медицинской истории). В 1950 году Рауль Дюфи в свои семьдесят три года был самым старым в мире больным, получавшим кортизон. Его возраст, курение, избыточное потребление алкоголя и ежедневный прием аспирина – все это усиливало его восприимчивость к токсическому действию стероидов. Дюфи страдал от задержки солей и воды, припухлостью лица (часто такое лицо называют «лунообразным»), возникающей под влиянием перераспределения подкожного жира, инфекционными осложнениями, нарушениями настроения и хроническим раздражением слизистой оболочки желудка, что и привело к смертельному желудочно-кишечному кровотечению.

Самыми распространенными осложнениями приема стероидов внутрь являются:

- акне
- нечеткость зрения
- катаракта или глаукома
- депрессия
- расстройства сна
- повышение артериального давления
- повышение аппетита и прибавка в весе
- избыточный рост волос на теле
- пониженная сопротивляемость в отношении инфекций
- мышечная слабость
- повышенная нервозность и беспокойство
- остеопороз
- резкие смены настроения
- припухлость и отек лица
- истончение кожи и повышенная хрупкость подкожных сосудов
- ухудшение течения сахарного диабета

При введении стероидов в виде инъекций осложнения встречаются реже, но могут включать:

- аллергические реакции
- кровоизлияния в суставы
- инфекционные поражения в местах инъекций
- нарушения пигментации кожи
- повышение ломкости костей, ослабление связок и сухожилий (при частых инъекциях в одни и те же места)

В период с 1997 по 2014 год Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США получило сообщения о девяти случаях серьезных неврологических нарушений на фоне эпидурального введения стероидов – процедуры, которую часто выполняют для устранения боли в шее и спине. В 2014 году Управление издало предупреждение, в котором говорится, что «не установлена безопасность и эффективность эпидурального введения кортикостероидов».

Ингаляции стероидов, широко назначаемые для лечения бронхиальной астмы, вызывают меньше нежелательных эффектов, чем прием стероидов внутрь, но могут, все же, стать причиной охриплости голоса и, кроме того, провоцируют развитие грибковой инфекции рта и глотки. В редких случаях, на фоне систематических и длительных ингаляций, наблюдаются те же симптомы, что и при длительном приеме стероидов внутрь.

Препараты стероидов для местного наружного применения могут привести к местным поражениям или, в редких случаях, к системным осложнениям. Чем сильнее лекарство, чем больше площадь кожи, на которую наносят мазь или линимент, и чем дольше проводится лечение, тем более выраженными являются нежелательные побочные явления. Маленькие дети и старики в большей степени подвержены осложнениям местной стероидной терапии, так как у них более тонкая кожа. Препараты стероидов для наружного применения могут вызывать следующие нежелательные эффекты:

- появление или увеличение числа элементов акне
- жгучие боли или раздражение кожи
- изменение цвета кожи
- избыточный рост волос на теле
- воспаление волосяных луковиц
- розовый лишай
- полосы растяжения на коже
- истончение кожи
- усугубление проявлений существующих инфекционных поражений кожи

На фоне лечения кортикостероидами может возникнуть и еще одна неприятность: в связи с тем, что стероиды лишь подавляют симптомы заболевания, но не излечивают его причин, то длительное назначение стероидов может привести к усугублению болезни и к ее распространению по организму. Например, устранение симптомов аллергического дерматита у детей местным применением стероидных мазей может повысить риск последующего возникновения бронхиальной астмы. В типичных случаях аутоиммунные заболевания постепенно становятся легче, а затем, с большой вероятностью, наступает ремиссия. Длительное применение стероидов в качестве иммунодепрессантов может снизить вероятность ремиссии. Другими словами, стероиды могут спровоцировать мощную гомеостатическую реакцию, направленную на поддержание имеющего место состояния. Это явление может привести к повышенной толерантности – к росту дозы для получения прежнего эффекта, что может привести к зависимости от стероидов. Длительное применение стероидов всегда связано с побочными эффектами, иногда – довольно серьезными.

Возможно, самым важным в действии стероидов является их плеiotропность, то есть множественное влияние на различные биологические функции. Врачи прописывают стероиды, а больные принимают их для облегчения симптомов, вызванных вышедшим из-под контроля воспалением, но, помимо этого, стероиды подавляют иммунитет, усиливают восприимчивость к инфекциям и задерживают заживление ран. Со временем от стероидов появляются и другие

побочные эффекты в органах и системах, начиная с раздражения слизистой оболочки желудка и кончая остеопорозом и нарушениями настроения.

Внезапная отмена стероидной терапии или быстрое снижение дозы обычно сопровождается немедленным рецидивом симптоматики, причем иногда симптомы могут быть выражены сильнее, чем до назначения стероидов. Для предупреждения гомеостатического рикошета ни в коем случае нельзя сразу отменять стероиды или слишком быстро снижать дозу. Процесс отмены стероидов должен быть медленным, и начинать его надо только после того, как больной стал получать и другое лечение, например, изменил пищевые привычки и начал принимать природные противовоспалительные средства. Конечно, в настоящее время доступны и нестероидные противовоспалительные средства (например, аспирин или ибупрофен), но у них есть и свои недостатки, и побочные эффекты, которые проявляются при длительном систематическом приеме (см. главу 8).

Таблетки преднизона для приема внутрь в дозах от 5 до 60 мг в сутки стоят меньше 25 долларов, столько же, сколько и метилпреднизолон (солу-медрол) и триамсинолон в таблетках. Несмотря на то, что препараты стероидов стоят недорого, дорого может обойтись лечение осложнений и побочных эффектов стероидной терапии.

Подход интегративной медицины к лечению воспалительных заболеваний

Интегративная медицина предлагает ряд методов лечения избыточного воспаления и нарушений иммунного ответа. Мы начнем с изменения диетических привычек.

Организм синтезирует вещества, регулирующие воспалительную реакцию из незаменимых жирных кислот (то есть кислот, которые мы не можем синтезировать сами и вынуждены получать извне с пищей). Вообще, омега-6 жирные кислоты, содержащиеся в семенах, злаках, орехах и растительных маслах, являются предшественниками соединений, усиливающих воспалительную реакцию, а омега-3 жирные кислоты, которые содержатся, прежде всего, в жирной рыбе, являются соединениями, которые подавляют воспалительную реакцию. Для того, чтобы воспалительные реакции были сбалансированными, нам нужны и те, и другие жирные кислоты в определенном соотношении. При недостаточно выраженной воспалительной реакции мы можем стать жертвой даже пустяковой инфекции; если же воспалительная реакция является чрезмерной, она может запустить процессы, приводящие к аллергии, аутоиммунным заболеваниям и ко всем другим болезням, обусловленным избыточным и бесцельным воспалением. Пища, к которой мы привыкли в нашей урбанизированной культуре, перегружена омега-6 жирными кислотами, которых очень много в рафинированных растительных маслах, используемых для приготовления блюд быстрого приготовления. Но вот омега-3 жирных кислот в нашей диете мало. Исправление этого дисбаланса – снижение в рационе доли рафинированного масла и блюд быстрого приготовления и повышение доли северных жирных рыб и прием рыбьего жира – может привести к исчезновению воспалительных реакций.

Распространенный в наши дни образ питания стимулирует воспаление и другими путями: в современном пищевом рационе преобладают быстро усваиваемые виды углеводов, но в нем недостает защитных факторов, которые присутствуют во фруктах, овощах, травах и специях. Врачи, практикующие в области интегративной медицины, обычно рекомендуют больным, получающим стероиды, противовоспалительную диету. В этой диете отсутствуют готовые виды пищи, ограничено количество сахара и животного белка (исключение составляет рыба и высококачественные молочные продукты), но зато велика доля нерафинированного оливкового масла, умеренное количество фруктов и много овощей. Часто одной такой диеты достаточно для того, чтобы постепенно отменить стероиды.

Сама природа обеспечивает нас противовоспалительными питательными веществами, которые одновременно нетоксичны и пригодны для длительного приема. Главный источник таких веществ – куркума (*Curcuma longa*), пряность, придающая желтый цвет карри и горчице. Противовоспалительные свойства куркумы подтверждены в многочисленных исследованиях. Родственное куркуме растение, имбирь (*Zingiber officinale*), также эффективен в подавлении воспаления. Оба растения можно принимать в пищу одновременно. Можно употреблять в пищу измельченные растения – куркуму и имбирь, но в лечебных целях лучше принимать

стандартизированные их экстракты. Гриб рейши (*Ganoderma lucidum*), который веками применяют в традиционной китайской и японской медицине, – это еще одно эффективное природное противовоспалительное средство. У этого гриба деревянистая консистенция и он не слишком приятен на вкус, поэтому лучше принимать его в виде экстрактов – жидких или в виде капсул. Рекомендуемые дозировки можно найти в инструкции по применению.

Центральная нервная система непосредственно влияет на функции иммунитета, а значит – и на воспалительные реакции. Эти влияния являются предметом относительно новой научной дисциплины – *психонейроиммунологии*. Уменьшение влияния стресса, практики релаксации и душевно-телесная терапия (гипноз, наведенное воображение, тренировка сосредоточенности) могут значительно облегчить течение воспалительных заболеваний.

Существуют и другие виды нефармакологического лечения заболеваний, при которых достаточно часто назначают стероиды. Например, мануальная терапия часто оказывается эффективным способом лечения болей в мышцах и костях. Методами китайской медицины можно часто изменить к лучшему течение неспецифического язвенного колита, болезни Крона и других аутоиммунных заболеваний. Существуют эффективные и безопасные растительные средства для лечения распространенных аллергий (см. главу 4); эти лекарства можно держать дома на случай легкого контактного дерматита и других аллергических поражений кожи. Есть и другие надежные и безопасные средства. Например, при возникновении дерматита после контакта с сумахом или ядовитым плющом можно подставить руку под струю горячей воды; вода должна быть очень горячей. Сначала происходит резкое усиление зуда, а затем он надолго прекращается. Повторять эту процедуру следует каждый раз, когда возобновляется зуд. Горячая вода способствует скорейшему выздоровлению.

Заключение

Стероиды и их лечебное применение были предметом больших надежд и ожесточенных споров с тех пор, как их ввели в клиническую практику для лечения ревматоидного артрита более полувека назад. Конечно, стероиды будут и впредь занимать свое место в арсенале лечебных средств. Но, все же, совершенно очевидно, что в настоящее время стероидами сильно злоупотребляют, назначая их для лечения тривиальных расстройств, которые столь же эффективно поддаются лечению другими, менее опасными средствами. При длительном применении стероиды вызывают зависимость и проявляют значительную токсичность. Стероиды следует применять для лечения тяжелых или угрожающих жизни заболеваний. Если вы принимаете стероиды по поводу незначительных расстройств, то постарайтесь постепенно отменить их, заменив другими средствами, менее опасными, но столь же действенными.

Глава 8. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

Я нисколько не удивлюсь, если вы скажете мне, что держите в домашней аптечке аспирин, и, возможно, еще ибупрофен. В наше время эти и другие нестероидные противовоспалительные средства являются самыми популярными лекарствами. Они могут являть чудеса, устраняя боль, снижая температуру и уменьшая отек, обусловленный воспалением. Эти лекарства, многие из которых продаются без врачебного рецепта, стали настолько привычными и знакомыми, что многие люди принимают их часто или даже регулярно, считая их совершенно безвредными, и не задумываясь о возможном риске их избыточного приема.

Салициловая кислота, химический предшественник аспирина, содержится в ивовой коре, которую применяли как лечебное средство в течение многих столетий в самых разных частях мира.

2400 лет назад Гиппократ рекомендовал пить чай из ивовой коры при головной боли. Аспирин был синтезирован в 1897 году. В наше время аспирин – это лекарство, которое принимают чаще других. Ежегодный прием аспирина в мире составляет 40 тысяч тонн. В шестидесятые годы двадцатого века появилось первое помимо аспирина, нестероидное противовоспалительное средство индометацин (индоцин) лекарство, продающееся только по рецептам, которые врачи выписывают по сей день. В наше время насчитывают более двадцати препаратов, которые отпускаются по рецепту или находятся в свободной продаже. В их число входят такие знакомые всем лекарства, как аспирин, ибупрофен (адвил, мотрин) и напроксен.

Эти лекарства отнюдь не являются безвредными и безобидными, и я покажу это на следующем примере.

Анджела, женщина шестидесяти шести лет, к новогоднему празднику решила сбросить лишний вес, чтобы быть в лучшей форме. Анджела начала набирать вес после того, как ее образ жизни стал менее подвижным из-за остеоартрита коленного сустава и поясничного отдела позвоночника. Для обезболивания она принимала ежедневно 600–800 мг ибупрофена. В течение месяца Анджела посещала Зумбу (танцевальные курсы фитнеса) – дважды в неделю. Вначале боль в коленях и спине усилилась, и Анджела в некоторые дни удваивала дозу ибупрофена. В течение недели до визита к врачу она стала отмечать повышенную утомляемость и одышку при подъеме по лестнице. В день приема она пошла на занятие, но при первых же движениях у нее появилась боль в груди. Инструктор позвонил в службу спасения, и скорая доставила Анджелу в приемное отделение больницы. При обследовании у женщины была выявлена анемия вследствие кровотечения из язв желудка, что потребовало экстренной госпитализации, мониторинга сердечной деятельности и переливания крови.

Серьезное осложнение со стороны желудочно-кишечного тракта, обусловленное приемом продающегося без рецепта противовоспалительного средства, к сожалению, не является редкостью. Во время пребывания в больнице Анджела поняла, что нуждается в альтернативных методах лечения боли, включающих изменение образа жизни и диеты, а также в постепенном повышении физических нагрузок. После выписки Анджела обратилась к врачу, который помог ей выбрать адекватное интегративное лечение, что позволило уменьшить боль и, одновременно, улучшить общее состояние.

Как действуют нестероидные противовоспалительные средства

Подобно Анджеле, большая часть взрослого населения США принимают НПВС либо по назначению врача, либо самостоятельно покупают их в аптеках без врачебного рецепта. НПВС включают в себя множество лекарств, уменьшающих боль и снижающих температуру тела при лихорадке. Сильными противовоспалительными свойствами обладают два лекарства, не относящиеся в НПВС – преднизон и ацетаминофен (тайленол, парацетамол). Преднизон – это стероид (см. главу 7); ацетаминофен – это продающееся без рецепта лекарственное средство, которое облегчает боль и снижает температуру по иному механизму, нежели нестероидные противовоспалительные средства. НПВС выпускаются во многих формах: длительно действующие, коротко действующие, в ампулах для инъекций, в растворах и таблетках для приема внутрь, а также в виде кремов, гелей и пластырей для местного наружного применения. НПВС часто включают в состав средств от простуды и гриппа.

В зависимости от механизма действия НПВС делят на две категории – селективные и неселективные. Все без исключения НПВС оказывают свое действие, подавляя активность одного важного фермента – циклооксигеназы. Существуют две формы этого фермента – циклооксигеназа-1 продуцируется в тканях, а циклооксигеназа-2 выделяется при воспалении. Оба фермента участвуют в синтезе простагландинов, регуляторных соединений, находящихся во всех тканях и модулирующих ответ на их повреждение. Именно простагландины непосредственно вызывают ощущение боли, отвечают за повышение температуры и за усиление воспаления. Блокада синтеза простагландинов подавляет эти реакции и ослабляет проявления воспаления. Большинство НПВС, включая аспирин и ибупрофен, являются неселективными нестероидными противовоспалительными средствами, так как блокируют активность обеих форм циклооксигеназы. К сожалению, подавление активности циклооксигеназы-1 может привести к изъязвлению слизистой оболочки желудка и к кровотечению. Это главный побочный эффект аспирина и ибупрофена. Для того, чтобы свести к минимуму эти осложнения, были разработаны селективные ингибиторы циклооксигеназы-2. Единственным селективным НПВС, который в настоящее время продают в аптеках только по врачебному рецепту, остался целекоксиб (целебрекс). Два других селективных ингибитора циклооксигеназы-2 были запрещены, так как повышают риск инфаркта миокарда и мозгового инсульта.

Некоторым эффектом обладают НПВС для наружного местного применения – они смягчают проявления воспаления и уменьшают боль, хотя в этом отношении они не столь эффективны, как формы для приема внутрь. При наложении мази на кожу часть лекарства проникает сквозь нее и

всасывается в ткани. Пластыри и гели могут вызывать местное раздражение, но, так как в кровь всасывается мало лекарства, оно вызывает меньше осложнений и побочных эффектов, чем формы для приема внутрь. Например, асперкрем содержит более мягкую разновидность аспирина – троламин салициловой кислоты, обладающий слабым болеутоляющим действием; иногда это лекарство сочетают с лидокаином – местным анестетиком.

Цены НПВС сильно варьируют – от 4 долларов на месячный курс для дженериков, продающихся без рецепта, до 1500 долларов для брендовых, назначаемых врачами средств. Есть разница между разными препаратами неселективных НПВС – независимо от того, отпускают их по рецептам или без них. За исключением асперкрема, все остальные НПВС для наружного применения отпускаются по рецептам, и варьируют по цене от 196 до 498 долларов за тубик.

Показания к применению НПВС

Нестероидные противовоспалительные средства назначают, среди прочего, при боли в спине и шее, боли в суставах, вызванной различными формами артритов (ревматоидный артрит, остеоартрит, подагра и псориатический артрит), при хронической боли в мышцах и во всем теле, при поражениях опорно-двигательного аппарата (переломы, разрывы и растяжения связок), при менструальных судорогах, головной боли и лихорадке. Низкие дозы аспирина внутрь назначают для профилактики инсультов, инфарктов и некоторых видов рака (например, рака пищевода или толстого кишечника) – особенно лицам, страдающим соответствующими заболеваниями или имеющим факторы риска. Соотношение риска и пользы от назначения длительного приема низких доз аспирина необходимо обсудить с врачом; это соотношение варьирует в зависимости от риска кровотечения, приема других лекарств и наличия других заболеваний.

Особенно часто неприятности от применения НПВС возникают при их длительном приеме по поводу хронической боли – из-за высокого риска описанных выше побочных эффектов. При кратковременном приеме (в течение от нескольких дней до нескольких недель) НПВС эффективно уменьшают боль и подавляют воспаление без существенного риска, особенно если прием осуществляют под контролем артериального давления, и у больного нет хронических заболеваний почек и сердца, нет изъязвления кишечника или воспаления в желудочно-кишечном тракте. При ежедневном приеме НПВС в течение более нескольких недель риск осложнений и серьезных побочных эффектов возрастает.

Воспаление – это нормальная реакция организма на повреждение. Оно проявляется припухлостью, болью, а иногда местным повышением температуры и краснотой. Этот ответ благотворен: он дает нам знать о повреждении, и что надо поберечь пораженный участок тела. Больше того, воспалительный ответ ускоряет заживление, так как обеспечивает приток крови к месту повреждения, увеличивает поступление питательных веществ и иммунокомпетентных клеток. НПВС могут подавить воспалительную реакцию после травмы костей, суставов, мышц или сухожилий, быстро устранив боль и отек. Если оставить травму без лечения, то боль может стать хронической, так как в других частях организма происходят компенсаторные изменения, призванные защитить травмированный участок. Кроме того, происходят изменения и в деятельности головного мозга. Воспаление может возникать также в результате «изнашивания» тканей, от недостатка активности или, наоборот, от ее избытка при стрессе или при хроническом заболевании. В связи с тем, что НПВС не лечат причину хронических болевых синдромов, а лишь подавляют их симптомы, их прием может усугубить заболевание, так как люди продолжают ту деятельность, которая привела к появлению хронической боли. (См. главу 12, где подробно разбираются вопросы, связанные с хронической болью).

Недавние исследования показали, что существует связь между хроническим воспалением и депрессией, а клинические испытания продемонстрировали, что назначение НПВС некоторым больным депрессией может оказаться более эффективными, чем назначение антидепрессантов.

Осложнения от приема НПВС

Несмотря на то, что НПВС весьма эффективно уменьшают острую и хроническую боль и подавляют симптомы воспаления, их прием сопряжен со значительным риском. Побочные эффекты и нежелательные реакции, вызванные этими лекарствами, повреждают желудок, кишечник, сердце, легкие, кровеносные сосуды и клетки крови. Разные больные в разной

степени подвержены нежелательным эффектам НПВС в зависимости от общего состояния здоровья и риска каких-либо заболеваний.

Наиболее серьезные осложнения от приема НПВС связаны с желудочно-кишечным трактом. Во многих случаях на фоне приема НПВС возникают боли в желудке, избыточное газообразование в кишечнике или раздражение слизистой оболочки желудка – иногда даже после единственной принятой дозы. Но по-настоящему реальная угроза осложнений возникает на фоне ежедневного приема в течение более двух недель. После того, как НПВС проникают в кровь и блокируют фермент циклооксигеназу-1, уменьшается синтез простагландинов. Среди прочего, эти гормоноподобные вещества защищают слизистую оболочку желудка от воздействия кислоты и раздражений. Со временем дефицит простагландинов повышает вероятность желудочного кровотечения, прободения желудка, и эти осложнения могут начаться бессимптомно. Ежегодно тысячи людей умирают от желудочных кровотечений, спровоцированных приемом НПВС. Многие из этих людей не знали о риске, сопряженном с приемом этих лекарств. Снижение выработки простагландинов может также привести к поражению тонкого и толстого кишечника, особенно при наличии сопутствующего неспецифического язвенного колита или болезни Крона. (Селективный ингибитор циклооксигеназы-2 целекоксиб влияет на желудочно-кишечный тракт в меньшей степени, но и его прием не свободен от риска).

НПВС вредно воздействуют и на клетки крови, в частности, на тромбоциты. Тромбоциты защищают стенки кровеносных сосудов, прилипая к дефектам в них и препятствуя истечению крови через мелкие отверстия в артериях и венах. Аспирин обладает уникальным действием: он блокирует слипание тромбоцитов на все время их жизни, которое составляет от восьми до двенадцати дней. Такой же эффект ибупрофена и других НПВС намного короче. В случае инфаркта миокарда блокада слипания тромбоцитов – благо; в иных же случаях, например, при необходимости хирургического вмешательства, при кишечном кровотечении или при снижении числа тромбоцитов в крови (тромбоцитопении), назначение НПВС является потенциально опасным.

Все эти риски надо тщательно оценить и взвесить, прежде чем решать вопрос о назначении аспирина или других НПВС.

Аспирин, как правило, назначают практически всем больным, перенесшим инфаркт миокарда, и в многочисленных исследованиях было показано, что небольшие ежедневные его дозы помогают предупредить как инфаркт, так и инсульт. Регулярный прием других, помимо аспирина, НПВС может привести к повышению артериального давления, усугубить проявления сердечной недостаточности и повышает риск смерти от сердечных заболеваний. На это указывают данные многих исследований. В наименьшей степени риск инфаркта повышает напроксен (алеве), а в наибольшей – диклофенак (вольтарен). Ингибитор циклооксигеназы-2 целекоксиб, несмотря на низкий риск в отношении поражений желудочно-кишечного тракта, является наихудшим из НПВС, если речь идет о риске, связанном с сердечными заболеваниями. Избегать приема этого лекарства следует всем людям с высоким риском ишемической болезни сердца и головного мозга.

НПВС также вредно влияют на почки, которым простагландины, продуцируемые с участием циклооксигеназы-2, необходимы для поддержания почечного кровотока и нормальной функции. Из-за того, что все НПВС блокируют действие этого фермента и снижают почечный кровоток, их не должны принимать люди с заболеваниями почек. Но даже при отсутствии таких заболеваний те, кто принимает мочегонные лекарства по поводу сердечной недостаточности или артериальной гипертензии, должны быть осторожны, так как сочетанный эффект НПВС и мочегонных средств может привести к нарушению функции почек.

Лекарственные взаимодействия

Главным классом лекарств, которые могут неблагоприятно взаимодействовать с НПВС, являются средства, уменьшающие вязкость крови («разжижающие кровь»). При приеме вместе с любым средством такого рода, в особенности с варфарином (кумадином), НПВС сильно повышают риск желудочно-кишечного кровотечения. Риск увеличивается также на фоне употребления алкоголя; на фоне приема НПВС этот риск увеличивается многократно. Длительный прием кортикостероидов, например, преднизона, может стать причиной язвы желудка; при одновременном приеме НПВС этот риск повышается еще больше.

Фармакологические антидепрессанты из класса селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – такие как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт) и пароксетин (паксил), препятствуют слипанию тромбоцитов, хотя и иным путем, чем НПВС. При совместном приеме НПВС и ингибиторов обратного захвата серотонина риск кровотечения значительно повышается. Тем, кто получает лечение нестероидными противовоспалительными средствами, не следует принимать такие растительные лекарства и добавки, как даншен (*Salvia miltiorrhiza*), донг-квей (*Angelica sinensis*), масло энотеры и препараты ивовой коры.

Подход интегративной медицины к лечению острых травм, хронического воспаления и боли

Покой, лед, давящая повязка и возвышенное положение пораженной конечности или части тела, причем как можно раньше после получения травмы, уменьшают отек и боль, а также ускоряют заживление. Местное применение настойки арники (*Arnica montana*), если нет повреждения кожных покровов, также помогает и может предупредить появление синяка (подкожной гематомы).

Изменения образа жизни

В лечении хронических болевых синдромов, обусловленных воспалением, изменение образа жизни является самым полезным подходом. Коррекция диеты и физические нагрузки могут помочь сбросить лишний вес, а снижение веса часто само по себе уменьшает хроническую боль, так как уменьшает нагрузку на суставы, особенно на коленные, тазобедренные и межпозвоночные. У женщин, страдающих гормонально-зависимой мигренью, физические нагрузки помогают снизить уровень эстрогенов в крови.

Отдельно надо сказать о пользе противовоспалительной диеты. Если придерживаться такой диеты в течение нескольких недель, а лучше – месяцев, то она способствует уменьшению воспаления, снижению веса и, тем самым, облегчает хроническую боль. Противовоспалительная диета предусматривает употребление в пищу разнообразных овощей и фруктов, цельных злаков (в противоположность мучным изделиям), здоровых жиров (нерафинированного оливкового масла, которое содержит уникальное противовоспалительное вещество олеокантал), семечек и орехов, рыбьего жира, цельной сои, целебных трав и специй (в особенности куркумы и имбиря), а время от времени – здоровых сладостей (темного шоколада и сухофруктов). Многие из этих продуктов питания, как было показано в исследованиях, могут уменьшать содержание в организме маркеров хронического воспаления. В известной пирамиде здоровой противовоспалительной диеты хорошо заметно отсутствие многих ингредиентов так называемой стандартной американской диеты, в особенности полуфабрикатов и готовых блюд, являющихся главными источниками провоцирующих воспаление жиров и углеводов (сахара и выпечки). В здоровой диете сведено к минимуму содержание продуктов животного происхождения, если не считать рыбы, яиц и высококачественных молочных продуктов.

Как показали исследования, одним из наилучших способов лечения боли являются физические упражнения. К ним относят лечебную физкультуру после травм (после исчезновения отека и разрешения врача), а также популярные системы упражнений на растяжение и движение, призванные улучшать функции организма. Боль в крупных суставах можно уменьшить такими видами упражнений, как йога, Пилатес и тай-цзы; ходьба и плавание устраняют боль при ишиасе и пояснично-крестцовом радикулите; упражнения с отягощением укрепляют мышцы, окружающие пораженные суставы и устраняют боль, так как уменьшают нагрузку на сустав. Очень важно наращивать нагрузки постепенно и не торопясь. Физические нагрузки, помимо этого, превосходное средство от бессонницы. Установлено, что хороший сон тоже помогает избавиться от хронической боли.

Курение усиливает хроническую боль, включая и боль в спине, и отказ от курения, несомненно, будет способствовать облегчению.

Пищевые добавки и растительные средства

Было показано, что некоторые травяные средства и пищевые добавки уменьшают воспаление и облегчают боль. Арнику можно применять местно, как было сказано выше, прикладывая ее к месту поражения – это помогает облегчить боль и уменьшить отек. Доказано, что арника

уменьшает отек и боль после хирургических операций. Кроме того, было показано, что арника уменьшает боль при легком и умеренно выраженном остеоартрозе. Другим средством для местного применения, уменьшающим боль, особенно при нейропатиях, является мазь с капсаицином (перцовый пластырь). Это средство эффективно и при опоясывающем лишае (герпетических высыпаниях). Капсаицин – это вещество, придающее перцу его жгучий вкус. После наложения мази возникает небольшое жжение на коже. Эффект полностью проявляется в течение нескольких недель лечения.

Было также показано, что боль при хроническом воспалении, в особенности при артритах, нейропатиях и менструальных судорогах можно облегчить приемом рыбьего жира. Самым мощным природным противовоспалительным средством является куркума. Как само растение, так и его действующее вещество – куркумин, уменьшают проявления воспаления и устраняют хроническую боль, обусловленную воспалением. Было показано, что по эффективности куркумин не уступает ибупрофену в лечении боли при остеоартрите коленного сустава, но при этом куркумин не оказывает побочного действия, характерного для ибупрофена. Было также показано, что экстракты родственного куркуме растения – имбиря, тоже немного уменьшают боль в колене при остеоартрите коленного сустава.

Другие виды лечения

В лечении хронической боли могут помочь такие методы мануальной терапии, как массаж, хиропрактика и остеопатические манипуляции. В большинстве клинических испытаний изучали эффективность этих методов в лечении болей в пояснице. Альтернативой лечению НПВС при таких болезненных состояниях, как менструальные судороги, хроническая боль в пояснице, боль в суставах, зубная боль, мигрень и головная боль напряжения, может стать иглоукалывание.

Боль можно уменьшить, обучая больного по-иному воспринимать боль в ходе таких психотерапевтических методов лечения, как гипноз, стимуляция воображения и направленная медитация.

Отсюда понятно, что можно попробовать множество простых и безопасных методов облегчения боли, прежде чем прибегать к приему нестероидных противовоспалительных средств.

Заключение

Широкое распространение и доступность нестероидных противовоспалительных средств порождают необоснованную веру в абсолютную безопасность этих лекарств. Многие больные принимают их регулярно и абсолютно бездумно. На самом же деле НПВС – очень мощные лекарственные средства, и принимать их длительно довольно вредно. Они ни в коем случае не должны быть единственным средством лечения хронической боли. Интегративная медицина предлагает множество способов лечения такой боли, при которых принимать НПВС можно лишь время от времени, или вовсе от них отказаться.

Глава 9. Психотропные лекарственные средства для взрослых

Ольга, женщина семидесяти лет, страдает упорно протекающей депрессией. Несколько раз ее госпитализировали в связи с тяжелой депрессией и выраженной тревогой. Во время последней госпитализации Ольга перенесла сорок сеансов электросудорожной терапии (ЭСТ), а затем была выписана домой с рекомендацией принимать множество лекарственных препаратов. Больной были назначены: кветиапин (сероквель) – антипсихотическое лекарство, стабилизирующее настроение и уменьшающее тревожность; ламотригин (ламиктал) – противосудорожный препарат, часто используемый в лечении биполярного расстройства; клоназепам (клонопин) – анксиолитик (средство, уменьшающее тревожность). В прошлом Ольга принимала и множество других психотропных препаратов. Ни один из них реально ей не помог, но зато у всех были невыносимые побочные эффекты: сухость во рту, тошнота, головная боль, усиление тревожности и усугубление депрессии, бессонница, снижение либидо и повышенная утомляемость. На фоне назначенного после последней госпитализации лечения Ольга постоянно чувствовала свинцовую усталость и сонливость при отсутствии уменьшения тревожности или подавленности. Психиатр предложил ей повторить курс электросудорожной терапии, но Ольга

отказалась, так как ЭСТ отрицательно сказалась на ее памяти. Отказавшись от предложения психиатра, Ольга пришла на прием к специалисту по интегративной медицине.

После тщательного анализа анамнеза и уточнения ментального статуса, а также после обсуждения возможных лечебных подходов Ольга прошла курс акупунктуры (два раза в неделю), а также стала один раз в неделю посещать сеансы психотерапии. В психотерапевтическом лечении сочетались несколько подходов – когнитивная поведенческая терапия и нейро-эмоциональная техника, основанная на принципах китайской медицинской традиции. Акупунктура позволила снизить тревожность и смягчить течение депрессии. Когнитивная поведенческая терапия помогла Ольге осознать искажение мышления и научиться лучше справляться с неприятностями, а нейро-эмоциональная техника облегчила эмоциональные реакции на воспоминания о прошлых переживаниях.

Через три месяца Ольга избавилась от большинства симптомов депрессии. Больная смогла снизить дозу сероквеля и клонопина и полностью прекратила прием ламиктала. Для улучшения работы мозга Ольге было рекомендовано принимать такие пищевые добавки, как омега-3-ненасыщенные жирные кислоты и витамин D, что еще больше облегчило симптомы депрессии и тревожности. Полного выздоровления пока нет, и Ольге приходится принимать на ночь небольшую дозу сероквеля, а для большей устойчивости к повседневным стрессам время от времени принимать клонопин. Депрессия отступила, и теперь Ольга может вести более насыщенную жизнь. Есть надежда, что через полгода – год состояние Ольги улучшится настолько, что она сможет полностью отказаться от лекарств.

Биомедицинская модель в психиатрии

Слово *психиатрия* в переводе с греческого означает «врачевание души», а это очень благородное поприще. Сейчас же в медицине господствует биомедицинская модель, согласно которой все нарушения ментального и эмоционального здоровья приписывают нарушениям биохимии мозга, которые можно исправить лекарствами. Большая Фарма извлекла из этого подхода крупную выгоду, выбросив и продвинув на рынок множество лекарств для лечения депрессии, тревожности и нескольких других основных психиатрических расстройств. Глядя на рекламу этих лекарств в медицинских журналах, невозможно избавиться от впечатления, что проблемы этих болезней больше не существует, что принимая рекламируемые лекарства больной сможет наслаждаться безупречным эмоциональным здоровьем. На практике же лекарства, которые мы обсудим в этой главе, отнюдь не достигают этой цели; они не оправдывают возложенных на них надежд, и иногда их прием оборачивается тяжелыми драмами.

Психотропные лекарства воздействуют на сознание, эмоции и поведение. Есть следующие классы психотропных лекарств: антидепрессанты, атипичные антипсихотические препараты и анксиолитики (лекарства, снижающие уровень тревожности). Все эти лекарства широко назначают для лечения депрессии, тревожных расстройств и других заболеваний, проявляющихся нарушениями мышления, настроения и поведения. Иногда эти лекарства назначают на несколько месяцев, но чаще их принимают длительно, а иногда и пожизненно, несмотря на их потенциальный вред. На психотропные лекарства приходится 48 % всех побочных реакций на прием фармакологических средств, поражающих миллионы американцев. (Побочные эффекты занимают в США четвертое место среди всех причин смерти). Тем не менее ежегодно в мире продают психотропных средств более чем на 76 миллиардов долларов.

Антидепрессанты

Центры по контролю и предупреждению заболеваний сообщают, что приблизительно 9 % взрослых американцев страдают депрессией. У 3 % взрослых депрессия протекает тяжело и зачастую приводит к инвалидности, поражая людей в возрасте от 15 до 44 лет.

Антидепрессанты смягчают симптомы депрессии, изменяя активность особых химических соединений (нейромедиаторов), влияющих на эмоции – серотонин, норадреналин и допамин. Новые лекарства, обладающие менее выраженными побочными эффектами – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, практически полностью вытеснили с рынка старые препараты – трициклические антидепрессанты и ингибиторы моноаминоксидазы.

Некоторые ингибиторы обратного захвата серотонина и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина нашли применение и в лечении тревожных расстройств – это такие

лекарства, как флуоксетин (прозак), сертралин (золофт), циталопрам (целекса), дулоксетин (цимбалта) и венфлаксин (эффескор). Врачи выписывают их, чтобы избежать назначения бензодиазепинов – анксиолитиков, которые вызывают зависимость и привыкание. Кроме того, врачи выписывают антидепрессанты и по другим показаниям: для лечения хронической боли, тягостных менструальных проявлений, упадка сил, мигрени, синдрома раздраженной толстой кишки и других заболеваний и нарушений.

Центры по контролю и предупреждению заболеваний сообщают, что с 2005 по 2008 год антидепрессанты по назначению врачей принимали 11 % американцев. В 2010 году антидепрессанты вышли на второе место среди всех назначаемых врачами лекарств, уступив первое место препаратам, снижающим уровень холестерина в крови. Объем продаж антидепрессантов стоил нам почти десять миллиардов долларов.

Прием антидепрессантов резко увеличился в период между 1988 и 2008 годами – приблизительно на 400 %. В одном исследовании было показано, что не психиатры, а врачи других специальностей выписывают 80 % всех рецептов на антидепрессанты. При этом часто у больных отсутствует какой-либо психиатрический диагноз.

Такая дикая популярность обусловлена, в первую очередь, агрессивной, направленной непосредственно на потребителя, рекламой. Большая Фарма сумела убедить многих людей, что небольшие ухудшения настроения, печаль, грусть обусловлены биохимическими нарушениями в мозге, которые можно поправить приемом антидепрессантов. В последнее время накапливается все больше данных о том, что при легкой или умеренно выраженной депрессии эффективность антидепрессантов не превышает эффективности плацебо.

Осложнения от приема антидепрессантов

Длительный (в течение более одного года) прием антидепрессантов может продлить или усугубить депрессию. Этот феномен называют также *отсроченной дисфорией*. Причина этого явления заключается в гомеостатической реакции на введение лекарственного средства: если пациент принимает лекарство, увеличивающее содержание серотонина в мозге, то он начинает вырабатывать меньше серотонина, а это приводит к ухудшению течения заболевания, так как депрессия вызывается снижением содержания серотонина и уменьшением числа серотониновых рецепторов.

Если отвлечься от вопроса об эффективности антидепрессантов, то стоит обратить внимание на почти неизбежные побочные эффекты, такие как нарушения половой функции, нарушение концентрации внимания и нарушения пищеварения. Менее частыми осложнениями являются склонность к рецидивам, токсическое поражение печени, уменьшение плотности костей, повышенная кровоточивость, повышенный риск инсульта и появление суицидальных мыслей. В нескольких исследованиях было показано, что антидепрессанты повышают смертность от всех причин, особенно у пожилых и старых больных. Прием антидепрессантов беременными женщинами может привести к аутизму у ребенка, а также к врожденным аномалиям и нарушениям внутриутробного развития.

Атипичные антипсихотические средства

Антипсихотические средства назначают для лечения шизофрении и сопутствующих серьезных ментальных расстройств. Антипсихотические средства влияют на концентрацию в головном мозге нейромедиатора допамина. Новые антипсихотические лекарства, так называемые средства второго поколения, или атипичные антипсихотические средства, появились на фармацевтическом рынке после 2000 года. К атипичным антипсихотическим средствам относят следующие лекарства: арипипразол (абилифи), клозапин (клозарил), zipразидон (геодон), оланзапин (зипрекса), кветиапин (сероквель) и рисперидон (риспердал). Несмотря на то, что у этих лекарств менее выражены побочные эффекты, эффективность новых лекарств ниже, чем у традиционных антипсихотических средств первого поколения, таких нейролептиков, как хлорпромазин (торазин) или галоперидол (халдол).

В то время, как число заболеваний, при которых показано назначение антипсихотических средств, осталось прежним, количество назначений антипсихотиков стремительно возросло. В 2011 году их назначили 3,1 миллиона американцев, что обошлось в 18,2 миллиарда долларов. Это на 13 % больше, чем в 2010 году. Ежегодное число назначений антипсихотических средств выросло с 28 миллионов в 2001 году до 54 миллионов в 2011, то есть рост составил 93 %. В 2013

году абилифи стал лекарством номер один среди всех психотропных фармакологических средств. Объем его продаж резко возрос, что принесло производителям прибыль в 6,5 миллиарда долларов. Между 2001 и 2011 годом отдел здравоохранения ветеранов администрации и министерства обороны потратил на сероквель почти 850 миллионов долларов.

Резкое увеличение числа назначений этих лекарств началось в 2003 году, когда Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами одобрило их назначение в качестве дополнительного лечения при тяжелой депрессии. Стоимость рекламы, непосредственно направленной на потребителя, возросла с 1,3 миллиарда в 2007 до 2,4 миллиарда долларов в 2010 году. В 98 % случаев рекламы атипичных антипсихотических средств она касается двух бестселлеров – абилифи и сероквеля. Теперь, наряду с ингибиторами обратного захвата серотонина, атипичные антипсихотики являются лекарствами первого выбора. Вероятно их назначают в надежде, что они повысят не слишком блестящую эффективность патентованных антидепрессантов. Более того, врачи часто выписывают атипичные антипсихотические средства не по их прямым показаниям, а для лечения бессонницы, тревожности, последствий стресса и легких нарушений настроения, и это вызывает у меня тревогу и беспокойство.

Осложнения от приема атипичных антипсихотических средств

Антипсихотики второго поколения могут вызывать тяжелые побочные эффекты, включая внезапную сердечную смерть и тромбозы, а также повышают риск инсульта и заболевания сахарным диабетом. Однако более важно то, что длительное назначение антипсихотиков не имеет никаких преимуществ перед их кратковременным курсом, но зато мешает больному скорее вернуться к полноценной личной, профессиональной и общественной жизни.

Анксиолитики

В Соединенных Штатах каждый год тревожные расстройства поражают 18 % населения, или 40 миллионов человек в возрасте восемнадцати лет и старше. К таким расстройствам относят синдром навязчивых состояний, посттравматическое стрессовое расстройство, повышение общей тревожности и фобии. Все вместе эти расстройства ежегодно обходятся Соединенным Штатам в сорок два миллиарда долларов, что составляет почти одну треть от всех затрат на лечение психиатрических заболеваний – от 148 миллиардов долларов.

Для лечения симптомов тревожности назначают разнообразные лекарства. Для лечения общей тревожности и панических расстройств назначают бензодиазепины – альпразолам (ксанакс), лоразепам (ативан) и диазепам (валиум). Для уменьшения дрожи и устранения повышенной потливости, возникающих у больных с фобиями в трудных жизненных ситуациях, назначают сердечные лекарства из класса бета-блокаторов. Для лечения навязчивостей в настоящее время применяют также и антидепрессанты.

Бензодиазепины проявляют свое действие, усиливая успокаивающие эффекты нейромедиатора ГАМК (гамма-аминомасляной кислоты) в головном мозге. Бензодиазепины эффективны при назначении короткими курсами для лечения тревожности, судорожных припадков, бессонницы, мышечного напряжения, симптомов алкогольной абстиненции и обусловленных отменой наркотиков возбуждения, тошноты и рвоты. Проведенное в 2013 году исследование показало, что на первом месте среди бензодиазепинов по популярности находится ксанакс, на пятом месте ативан, а валиум лишь на одиннадцатом.

Осложнения от приема анксиолитиков

Анксиолитики обладают множеством серьезных и распространенных побочных эффектов: необычные нарушения сна, когнитивные расстройства (включая нарушение запоминания), нарушение способности водить машину и других повседневных навыков, кроме того, анксиолитики могут повышать риск падений, особенно у пожилых и старых больных. Были также описаны серьезные аллергические реакции. К другим нежелательным эффектам относят снижение артериального давления, снижение либидо, тошноту, нарушение координации движений, чрезмерную раскованность, депрессию, гневливость и склонность к агрессивному поведению. Более того, к бензодиазепинам легко развивается зависимость. Многие больные, принимающие бензодиазепины регулярно, замечают, что им приходится время от времени увеличивать дозу для достижения желаемого эффекта, а при отмене возникают симптомы рикошета. Зависимость от бензодиазепинов более упорна, нежели даже от опиатов; резкая

отмена может оказаться смертельно опасной. Отменять бензодиазепины следует постепенно и только под наблюдением квалифицированного врача.

Я считаю, что бензодиазепинами слишком сильно увлекаются и злоупотребляют их назначением; это ужасно, что многие врачи бездумно назначают больным длительные курсы бензодиазепинов, не задумываясь об их потенциальном вредном воздействии на память и другие когнитивные функции, а также о возможности привыкания и зависимости. В подтверждение я хочу привести историю одной моей недавней пациентки, пытавшейся освободиться от пристрастия к ативану.

Первая паническая атака случилась у Рейчел, когда ей было пятьдесят лет. Атаки происходили нечасто, и больная не могла определить их причины. Знакомый врач и коллега посоветовал Рейчел принимать полмиллиграмма ативана для того, чтобы справиться с панической атакой, если она наступит. Сначала Рейчел принимала ативан редко, но потом ей понравилось ощущение, которое он вызывал, и она стала принимать его даже в отсутствие панической атаки. Рейчел, несмотря на то, что ей было в то время уже пятьдесят восемь лет, занималась работой, связанной с высоким стрессом. Большую часть времени она испытывала сильную тревогу, плохо спала, а дважды в неделю у нее случались приступы мигрени.

В возрасте шестидесяти лет Рейчел уволилась с работы. Потом распался ее брак, и произошел, по ее словам, «полный физический и моральный крах». Тревожность возросла в еще большей степени. Рейчел начала принимать ативан каждый день перед сном, но тревожность лишь усилилась. Тот же врач посоветовал ей принимать еще полмиллиграмма один – два раза в день, а затем ту же дозу на ночь, перед отходом ко сну. После развода и переезда Рейчел назначили антидепрессант золофт, который она принимала в течение следующих двух лет.

В течение пяти лет Рейчел принимала не больше 2 мг ативана в сутки, и на фоне этого лечения тревожность ее лишь продолжала возрастать, особенно по утрам. Она вспоминает, что вся ее жизнь превратилась в борьбу с тревожностью. В то же время она курила марихуану, принимала тайленол с кодеином для получения приятных ощущений, а на ночь пила алкоголь. Потом Рейчел поняла, что прием ативана отрицательно сказывается на ее умственных способностях, и решила отказаться от этого лекарства. Рейчел обратилась к психиатру, но он решил, что главная проблема не в ативане. Лечение ативаном продлилось еще десять месяцев, а психиатр советовал сосредоточиться на отношениях больной с матерью, а не на лекарствах. Другой приятель-врач тоже старался развеять страхи Рейчел по поводу ативана. А ее собственный брат, нейрохирург, даже сказал: «Ативан не может причинять неприятности, его принимают миллионы людей».

Но все-таки один психолог, друг Рейчел, заподозрил, что утренняя тревожность может быть следствием рикошетной реакции, так как к утру из организма выводился весь принятый накануне вечером ативан. Рейчел поняла, что ативан, на самом деле, может усугублять тревожность, и это еще больше укрепило ее решимость отказаться от его приема. В это время она и явилась ко мне на прием. Я научил ее методике успокаивающего дыхания и посоветовал принимать каву (*Piper methysticum*), безопасное и эффективное травяное средство, обладающее релаксирующими и анксиолитическими свойствами. Я также направил ее к специалисту по расстройствам сна и на консультацию к специалисту по лечению лекарственных зависимостей. Со своей стороны Рейчел прекратила курить марихуану, принимать тайленол с кодеином и уменьшила дозу алкоголя. Потом Рейчел прошла программу детоксикации, в ходе которой перешла на прием жидкой формы ативана. Теперь она могла дозировать его по каплям, что позволило постепенно и медленно снижать дозу. Для снижения тревожности Рейчел дважды в день принимала каву, а по поводу бессонницы проходила курсы акупунктуры.

Через два месяца Рейчел сказала мне: «У меня вдруг все прояснилось, как будто вдруг поднялся занавес, отделявший меня от реальности». Вскоре после этого тревожность начала понемногу исчезать. Для того, чтобы полностью отказаться от ативана, Рейчел потребовалось еще четыре месяца. Тревожность исчезла бесследно. «Удивительно, что прием ативана так долго поддерживал мучившую меня тревожность, но еще удивительнее то, что ни один врач не предупредил меня об опасности регулярного приема ативана».

Оптимальное использование психотропных препаратов

Психотропные лекарства могут помочь смягчить симптомы депрессии и острой тревожности, в особенности если одновременно проводить психотерапию и использовать другие методы лечения. Но психотропные препараты полезны не всем и не во всех случаях.

Начинать лечение лучше с одного препарата, с его низких доз – для того, чтобы предотвратить появление побочных реакций и уменьшить риск взаимодействия с другими лекарствами. Чем дольше больной принимает психотропное лекарство, тем труднее становится прекратить его прием, потому что мозг приспособливает свой обмен к новым условиям, и когда они резко меняются, мозгу начинает сильно не хватать медиаторов, секреция которых снизилась в ответ на прием психотропного вещества. Поэтому нельзя прекращать прием ни одного психотропного препарата внезапно и резко – снижать дозу надо медленно и постепенно, на фоне назначения альтернативного лечения.

За исключением серьезного биполярного расстройства и других тяжелых психиатрических заболеваний, практически не существует показаний для длительного лечения психотропными средствами. Всегда есть возможность подобрать какое-то альтернативное и более щадящее лечение, обратив внимание не только на симптомы, но и на комплексную причину расстройства, подлежащего лечению.

Подход интегративной медицины к лечению нарушений настроения

Сложность ментальных расстройств и их причин требует индивидуализированного, интегративного подхода, а не поспешной попытки исправить гипотетический биохимический дисбаланс в головном мозге с помощью психотропных фармакологических средств.

Психофармакологическая терапия основана на биомедицинской модели в предположении о том, что причинами клинических синдромов являются молекулярные нарушения в головном мозге. Коррекция этих нарушений должна привести к устранению клинической симптоматики. В возникновении, становлении и развитии психических расстройств играют роль самые разнообразные генетические факторы и факторы окружающей среды. Если учесть эти факторы в лечении, то эффект его будет выше, а побочных явлений – меньше. Учет таких факторов поможет уменьшить число фармакологических препаратов и снизить их дозы, а со временем, может быть, и вовсе отказаться от их приема. Такой подход должен быть индивидуализированным, и контролировать его должен психиатр, искушенный в интегративной медицине, для того, чтобы альтернативное лечение было эффективным и безопасным.

В настоящее время существуют способы, позволяющие лечить тревожность и депрессию без психотропных лекарств. Есть, например, экспериментально подтвержденные данные об антидепрессивном эффекте физических упражнений и приема рыбьего жира (в котором содержатся незаменимые омега-3-ненасыщенные жирные кислоты, необходимые для полноценной функции головного мозга). Помогает также речевая психотерапия, когнитивная поведенческая терапия – во многих случаях эффективность психотерапии превосходит эффективность антидепрессантов. Полезна также и акупунктура (иглоукалывание). Умение регулировать дыхание является лучшим, по сравнению с бензодиазепинами, средством устранения тревожности. Дыхательные упражнения, помимо этого, не вызывают никаких побочных эффектов и не приводят к пристрастию и привыканию.

Интегративный подход к лечению ментальных и эмоциональных расстройств предусматривает также и коррекцию пищевых привычек, избыточного потребления алкоголя, кофеина и других психоактивных веществ; кроме того, нельзя пренебрегать физическими упражнениями. Необходимо улучшить сон, упорядочить работу, повысить качество общения и сделать многое, многое другое. Лечебные рекомендации могут включать советы по изменению образа жизни, прием пищевых добавок, трав и других природных средств, а также психотерапию.

Заключение

Лекарства, которые мы обсудили в этой главе, нельзя назначать как средства первого выбора при незначительных расстройствах ментального или эмоционального здоровья. Антидепрессанты предназначены для лечения тяжелой депрессии, а не легких или умеренных расстройств настроения, для устранения которых есть более безопасные и не менее надежные альтернативные средства. Даже в случае тяжелой депрессии прием психотропных веществ не следует принимать больше одного года подряд. Если вы принимаете антидепрессанты, то ни в

кчем случае не прекращайте их прием сразу. Если вы хотите отказаться от их приема, то снижайте дозу постепенно и только на фоне назначения альтернативного лечения.

Избегайте приема анксиолитиков, за исключением тех случаев, когда они назначаются на короткий срок при ситуационно обусловленной тревожности, например, связанной со смертью близкого человека, потерей работы или другими значимыми эмоциональными проблемами. Если вы принимаете бензодиазепины больше одного месяца и хотите прекратить их прием, то обратитесь за помощью к знающему врачу и под его наблюдением начинайте постепенно снижать дозу.

Глава 10. Применение психотропных лекарств у детей и подростков

Школьники, выстроившиеся в классе в очередь за получением лекарств, словно пациенты психиатрического отделения? Да, теперь таким зрелищем никого не удивишь, и большая часть таблеток, распространяемых таким образом – это психотропные средства: психостимуляторы для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности, средства, уменьшающие тревожность (анксиолитики), антидепрессанты и даже антипсихотические средства, назначаемые для усиления действия антидепрессантов. До чего мы дошли?

Ниже я привожу историю одной семьи, соприкоснувшейся с таким лечением.

«Я хочу, чтобы Мариза стала прежней» – сквозь слезы говорила мать педиатру, сидя рядом со своей тринадцатилетней дочерью. В течение предшествовавших четырех месяцев Мариза неоднократно наносила себе на запястья поверхностные порезы бритвой, плохо спала, говорила, что ей не хочется жить, и отказывалась ходить в школу, чтобы одноклассники не видели ее панических атак. Мама стала искать психотерапевта, но узнала, что придется два месяца ждать очереди, и, к тому же, страховка покрывает лишь стоимость восьми сеансов. Педиатр назначил Маризе популярный ныне антидепрессант эсциталопрам (лексapro), селективный ингибитор обратного захвата серотонина. Через несколько дней Мариза стала более активной и беспокойной, у нее появились проблемы с засыпанием. При повторном посещении через несколько недель врач успокоил мать и дочь, сказав, что это временные побочные явления, и дополнительно назначил небольшую дозу антипсихотического средства сероквель для усиления антидепрессивного эффекта, улучшения сна и снижения тревожности.

Прогресс был налицо. Сероквель помог Маризе засыпать и снизил тревожность настолько, что девочка смогла после двухнедельного перерыва снова посещать школу. Но теперь Маризе стало трудно просыпаться по утрам, а весь день она чувствовала себя усталой и разбитой. У девочки усилился аппетит. Это обычные, часто встречающиеся побочные эффекты сероквеля. Еще через несколько недель Мариза сказала, что хотя депрессия исчезла, она, на самом деле, «вообще теперь ничего не чувствует». Помимо других побочных эффектов, эмоциональная тупость была настолько тягостной, что Мариза резко прекратила прием всех назначенных ей лекарств. Через несколько дней у девочки развились обычные для ингибиторов обратного захвата серотонина симптомы отмены: тошнота, головная боль, ломота в теле и головокружение. Снова появились проблемы с засыпанием.

Оказалось, что у Маризы были какие-то расстройства, корректировать которые лекарства оказались не в состоянии. Через несколько месяцев, когда мама привела дочку к психотерапевту, девочка смогла наконец признаться, что ее расстройства были вызваны постоянными ссорами родителей. Отец не всегда мог подавить свой гнев и тягу к алкоголю. В конце концов родители развелись, но за несколько месяцев до обращения к врачу Мариза получила в Фейсбуке сообщение от отца, в котором тот извещал дочь, что скоро снова переедет в их город. Эта новость снова пробудила все страхи, которые прежде не давали девочке спать по ночам. Из-за переутомления, вызванного недосыпанием, у Маризы появились боли в животе и пропал аппетит. К счастью, психотерапия помогла. Девочку включили в психотерапевтическую группу для подростков, где научили сосредоточенной медитации, а также провели курс музыкальной, двигательной и дыхательной терапии. Кроме того, девочка попробовала развивать воображение, вести дневник и рисовать, чтобы преодолеть страх, горе и гнев. Все эти нефармакологические средства помогли Маризе восстановить эмоциональное здоровье.

Расстройства, подобные тому, что поразило Маризу, в настоящее время часто встречаются как у детей, так и у взрослых. Центры по контролю заболеваемости и профилактики болезней сообщают, что каждый данный год один из пяти детей в США страдает каким-либо ментальным расстройством. К этим расстройствам относят: синдром дефицита внимания и гиперактивности, аутизм, тревожность, депрессию, биполярное расстройство и психозы, синдром навязчивых состояний, а также нарушения пищевого поведения и лекарственные зависимости. Более 240 миллиардов долларов в год уходит на лечение, обучение таких больных, а также на покрытие потерь от снижения производительности труда. Диагнозы ставят на основании специфических критериев в случаях, когда у ребенка значительно нарушены способность к обучению, поведение, способность справляться с эмоциями. Причины всех этих расстройств до конца не ясны; считается, что играют роль как генетические факторы, так и влияние окружающей среды.

Назначение психотропных лекарственных средств детям и подросткам быстро растет как в США, так и во всем мире. Согласно проведенному в США исследованию 6 % американских подростков в течение предыдущего месяца принимали психотропные препараты: в 3,2 % случаев это были антидепрессанты; в 3,2 % средства, смягчающие синдром дефицита внимания и гиперактивности, и в 1 % – антипсихотические средства. Дополнительно часто назначают стабилизаторы настроения (литий, вальпроевая кислота) при агрессивном поведении и при биполярном расстройстве, несмотря на то, что к настоящему времени накоплено мало информации об эффективности и безопасности назначения этих препаратов детям и подросткам. Исследование, проведенное агентством изучения проблем здравоохранения в 2014 году, показало, что из 117,6 миллиарда долларов, потраченных на лечение детей в 2011 году, самые большие расходы приходятся на лечение ментальных расстройств, причем 41,5 % этой суммы было израсходовано на медикаментозное лечение.

Лекарства редко способствуют излечению детей; в лучшем случае, лекарства смягчают симптомы эмоциональных и поведенческих расстройств. Если симптомы сильно выражены, то лекарства могут стать важной составной частью комплексного лечебного плана, при этом соотношение риска и эффективности оказывается приемлемым при кратковременных курсах лекарственной терапии. Но слишком часто для того, чтобы нормализовать условия жизни и поведение ребенка, ни у семьи, ни у системы здравоохранения нет достаточных ресурсов. Как в случае Маризы, поиск грамотного психотерапевта может затянуться на месяцы, а страховка оказывается недостаточной. Назначение психотропных препаратов представляется в таких случаях своеобразной палочкой-выручалочкой – простым и быстрым выходом из положения. Врачи делают это в первую очередь и убеждают родителей в том, что этот выход – наилучший.

В настоящее время в психиатрии господствует биомедицинская модель, которая объясняет все душевные заболевания нарушением биохимического равновесия в головном мозге. Если бы это было так, то психотропные лекарства действовали бы намного эффективнее, чем они действуют в реальной жизни. Фармацевтические компании всячески превозносят достоинства этих лекарств и преуменьшают риск, рекламируя их для врачей и больных.

В этой главе мы рассмотрим антидепрессанты, антипсихотики и анксиолитики в их приложении к лечению детей и подростков. Лекарства, применяемые для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности рассмотрены в главе 11.

Антидепрессанты

Почти 20 % подростков к восемнадцати годам переживают хотя бы один эпизод депрессии. Если депрессию не лечить, то она может привести к противоправным действиям, лекарственной зависимости, физическим заболеваниям или к нарушению способности к школьному обучению, работе, а также к затруднениям в социальной адаптации. Самая главная проблема – это повышение риска самоубийства, второй по распространенности причине смерти в возрасте от пятнадцати до двадцати четырех лет.

До девяностых годов ни один из антидепрессантов не был эффективным у детей, и врачи не назначали их, опасаясь тяжелых побочных эффектов. Когда же на фармацевтическом рынке появился первый ингибитор обратного захвата серотонина флуоксетин (прозак), быстро выяснилось, что он пригоден для лечения депрессии у больных в возрасте от семи до семнадцати лет. Ингибиторы обратного захвата серотонина увеличивают концентрацию серотонина в пространствах между клетками головного мозга. Сейчас широко назначают такие ингибиторы

обратного захвата серотонина, как сертралин (золофт), пароксетин (паксил), циталопрам (целекса) и эсциталопрам (лексапро). За последние два десятилетия назначение ингибиторов обратного захвата серотонина детям и подростком стремительно возросло. Сходная категория лекарств – ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина увеличивают концентрацию в головном мозге двух нейромедиаторов – серотонина и норадреналина. Примеры таких лекарств: венфлаксин (эффексор), десвенфлаксин (пристик) и дулоксетин (цимбалта).

Насколько эффективны эти лекарства у детей и подростков? Несколько объединенных исследований показали, что улучшение наступает у 61 % получавших эти препараты детей и подростков (критерием улучшения служит смягчение симптомов на 50 %), в сравнении с 50 % детей и подростков, у которых улучшение наступало на фоне приема плацебо (сахарных пилюль). (Это говорит о великолепной эффективности пустышек, не говоря уже о том, что они не вызывают никаких побочных эффектов). Было показано, что у страдающих депрессией детей младше двенадцати лет назначение антидепрессантов менее эффективно, чем у подростков. Более эффективны эти лекарства при лечении тревожных состояний: улучшение наступало приблизительно в 70 % случаев в сравнении с 40 % эффективностью приема плацебо.

Осложнения от лечения детей антидепрессантами

В 20–45 % случаев назначения антидепрессантов детям в первые несколько недель приема наблюдают такие же побочные реакции, как у Маризы: беспокойство, раздражительность, возбуждение, бессонницу, агрессию и резкие колебания настроения. К счастью, эти явления быстро проходят после отмены лекарств. Побочные явления на фоне приема ингибиторов обратного захвата серотонина не ограничиваются лишь поведенческими отклонениями. Предварительные данные некоторых исследований указывают на нарушение минерализации костей. Учитывая, что подростковый возраст – это время развития костей, можно опасаться, что такие нарушения будут носить пожизненный характер.

Так же, как в случае Маризы, многие дети и подростки перестают принимать препараты из-за их побочных эффектов. Некоторые побочные эффекты хорошо известны, другие встречаются не так часто. Например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина нарушают синтез веществ, играющих ключевую роль в развитии головного мозга. Большинство исследований, подтверждающих такой вывод, было проведено на животных. Например, молодым крысам давали прозак, а затем наблюдали за взрослыми животными после прекращения введения лекарства. Было показано, что в сравнении с крысами, получавшими в подростковом возрасте плацебо, крысы, получавшие прозак до наступления половой зрелости, выказывали меньше отчаяния на фоне стресса, но зато легче впадали в тревожное состояние. Кроме того, у таких крыс наблюдали нарушения полового поведения, несмотря давнюю отмену прозака. У многих взрослых людей проявляется отрицательное влияние антидепрессантов на половую активность, но до сих пор не были проведены исследования такого влияния на последующую половую активность приема антидепрессантов в детстве и подростковом возрасте.

Что можно сказать о назначении множества психотропных лекарств детям? Многим детям выставляют одновременно несколько диагнозов: депрессия и синдром дефицита внимания и гиперактивности. Поэтому им назначают ингибиторы обратного захвата серотонина, антидепрессанты и психостимуляторы – такие как, например, метилфенидат (риталин). До сих пор не были проведены исследования влияния длительного одновременного приема лекарств этих двух групп, хотя исследования на животных показывают, что такое влияние может быть поистине разрушительным, особенно на фоне приема высоких доз. Мы ничего не знаем о долгосрочных эффектах такой комбинации, назначенной в детстве и юности; возможно, она способна проявиться нежелательными последствиями в зрелом возрасте.

До шестидесятых годов биполярное расстройство очень редко выявляли у детей, но в девяностые произошло резкое увеличение частоты этого заболевания у детей. Связан ли этот рост действительно с увеличением заболеваемости, или с лучшей диагностикой, или с порочной тактикой назначения психотропных лекарств детям? Этого мы не знаем. Исследование детей с диагнозом «биполярное расстройство» показало, что в 60 % случаев эти дети ранее получали лечение антидепрессантами или психостимуляторами. Неясно, развилось бы у этих детей

биполярное расстройство в любом случае или оно было спровоцировано приемом антидепрессантов.

В 2004 году Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США издало предостережение относительно назначения антидепрессантов детям и подросткам. Это предупреждение основывалось на данных, демонстрировавших двукратный рост (4 % среди тех, кто получал антидепрессанты в сравнении с 2 % тех, кто получал плацебо) склонности к суициду среди получавших антидепрессанты подростков, которые до тех пор не высказывали суицидальных мыслей. Несмотря на то, что риск кажется небольшим, ввиду серьезности самого самоубийства, необходимо очень осторожно и взвешенно назначать антидепрессанты и внимательно следить за состоянием больных.

Через несколько недель после начала приема ингибиторов обратного захвата серотонина Мариза начала жаловаться на оцепенение чувств, и это очень распространенная реакция. Некоторые люди находят полезным такое притупление положительных и отрицательных эмоций, но для других невыносимо отсутствие способности заплакать в печали или порадоваться какому-то приятному событию. Причины появления этого симптома, особенно у молодых людей, неизвестны, но озабоченность вызывает тот факт, что это происходит в детстве и юности, когда происходит становление способности испытывать эмоции и справляться с ними.

Антипсихотические средства

За последние два десятилетия значительно возросло число назначений антипсихотических средств детям и подросткам для лечения эмоциональных и поведенческих расстройств. Только в 2010 году приблизительно один миллион американских детей и подростков получали антипсихотические лекарства. Первоначально эти лекарства предназначались для лечения серьезных психиатрических заболеваний, но теперь они применяются вместе с антидепрессантами из группы ингибиторов обратного захвата серотонина в качестве лекарств первого выбора при депрессии у взрослых, вероятно для того, чтобы подкрепить недостаточный эффект ингибиторов. Хотя эти препараты могут устранять такие проявления психозов, как мания, агрессия, бессонница и тревожность, они вызывают и значительные побочные явления. Антипсихотики делятся на две большие группы: антипсихотики первого поколения и антипсихотики второго поколения. Детям и подросткам чаще всего выписывают антипсихотические средства второго поколения. Эти лекарства влияют на обмен серотонина и дофамина в мозге. К этим лекарствам относят рисперидон (риспердал), оланзапин (зипрекса), кветиапин (сероквель), зипразидон (геодон), арпипразол (абилифи), илоперидон (фанапт), палиперидон (инвега), луразидон (латуда), азенапин (сафрис) и клозапин (клозарил).

Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США одобрило назначение различных антипсихотических средств первого и второго поколения детям и подросткам, страдающим шизофренией, биполярным расстройством и раздражительностью, обусловленной аутизмом. Но часто антипсихотики второго поколения назначают не по этим показаниям, а для лечения депрессии, тревожности, бессонницы и разрушительного поведения – при этом врачи редко задумываются о долгосрочных последствиях такого лечения и не взвешивают соотношение пользы и возможного риска. Лишь очень немногие дети и подростки, получающие эти мощные лекарства, одновременно посещают сеансы психотерапии.

Осложнения от приема антипсихотиков детьми

Осложнения от приема антипсихотиков у детей встречаются чаще, чем у взрослых, причем эти осложнения проявляются самыми разнообразными системными нарушениями. Со стороны нервной системы встречается сонливость, судорожные припадки и непроизвольные движения. Некоторые исследования показывают, что на фоне приема этих лекарств может произойти уменьшение объема головного мозга. Может страдать и эндокринная система: происходят изменения в секреции гормонов, регулирующих рост и развитие, сон, настроение, обмен веществ и половую функцию. У Маризы усилился аппетит после того, как она начала принимать сероквель. Многие антипсихотики второго поколения на фоне приема очень скоро приводят к прибавке веса. Например, в одном исследовании было показано, что прием абилифи за одиннадцать недель приводил, в среднем, к увеличению веса на десять фунтов; прием зипрексы – на 19 фунтов, сероквеля – на 13 фунтов и риспердала – на 12 фунтов. Прием антипсихотиков второго поколения также увеличивает риск заболевания сахарным диабетом 2 типа, повышения

уровня холестерина и гормона пролактина в крови, причем повышение уровня пролактина может создать большие проблемы в пубертатном периоде. Высокий уровень пролактина может привести к аменорее (прекращению или ненаступлению менструаций), галакторее (выделение молока из сосков в отсутствие беременности и деторождения), снижению либидо, эректильной дисфункции и остеопорозу.

Еще раз надо повторить, что безопасность длительного приема этих препаратов не является единственной связанной с ними проблемой. Так как антипсихотики второго поколения могут подавлять эмоциональные реакции, их часто назначают без учета всей сложности факторов, вызывающих душевные расстройства у детей – например, плохого питания, расстройств сна, неразрешенных психологических травм, отсутствия заботы со стороны родителей, недостатка навыков регулирования эмоций и недостатка социальных контактов, а также несоответствия стиля преподавания потребностям и возможностям ребенка. Все больше специалистов склоняются к мнению о том, что риск назначения антипсихотических лекарств детям и подросткам значительно перевешивает пользу, и что в большинстве случаев их назначение является абсолютно необоснованным и излишним.

Анксиолитики: бензодиазепины

Хорошо известно, что лекарственные средства, относящиеся к группе бензодиазепинов, успокаивают, облегчают засыпание, снижают тревожность, обладают противосудорожным действием и могут в течение минут расслабить напряженные мышцы. Самыми популярными лекарствами этой группы являются альпразолам (ксанакс), диазепам (валиум), клоназепам (клонопин) и лоразепам (ативан). Бензодиазепины не одобрены Управлением по контролю пищевых продуктов и лекарств США к назначению детям и подросткам с ментальными расстройствами. Несколько исследований, проведенных с целью оценки возможной роли бензодиазепинов в лечении детской тревожности (отказа ходить в школу, общей тревожности и страха потерять мать), показали, что в этих случаях эффект бензодиазепинов практически не превосходит эффект плацебо. Тем не менее иногда бензодиазепины выписывают детям не по показаниям, основываясь на их эффективности в лечении взрослых людей.

Осложнения от назначения бензодиазепинов детям и подросткам

Побочные эффекты проявляются умственным «отупением», снижением кратковременной памяти, повышенной возбудимостью (в некоторых случаях), зависимостью и симптомами отмены (бессонница, раздражительность, повышенная тревожность) в случаях внезапной отмены или снижения дозы.

Учитывая, что подростки – наиболее уязвимый контингент в смысле развития пристрастий и лекарственных зависимостей, способность бензодиазепинов вызывать зависимость надо всегда иметь в виду, назначая их подросткам. Подростки всегда жаждут нового. Не умея справляться с негативными эмоциями и тяжелыми ситуациями, тинейджеры ищут какие-то способы заглушить гнев, страх или душевную боль. Поняв, что ксанакс улучшает самочувствие и вызывает приятные ощущения, подростки испытывают желание снова и снова их испытывать. В одном исследовании было показано, что подростки, которым врачи назначали бензодиазепины, в десять раз более склонны к злоупотреблению ими, чем подростки, которым эти препараты не назначали, и в три раза более склонны принимать выписанные другим лицам бензодиазепины.

Ограниченная эффективность психотропных средств в лечении детей и подростков

Причины эмоциональных и поведенческих расстройств у молодых людей очень сложны. С момента зачатия генетические факторы и факторы окружающей среды играют решающую роль в становлении и развитии детской нервной системы. Стресс вынашивания и родов, подверженность влияниям лекарств и токсических веществ, душевные расстройства родителей и разлад в семье, плохое питание в детстве, качество сна и уровень физической активности – все это играет роль в формировании способности человека справляться с трудностями жизни, не реагируя на них ментальными расстройствами и болезнями. Адекватные возрасту игры, возможность выпустить «пар» избыточной энергии, нежное и любовное отношение родителей, привязанность к семье – все это положительно влияет на душевное здоровье ребенка. Наоборот, травмирующие переживания в начале жизни (эмоциональные, физические или сексуальные) могут надолго, если не на всю жизнь, отрицательно повлиять на психическое развитие и

здоровье растущего ребенка. Тщательное рассмотрение всех факторов требует времени и терпения, и часто такой подход оказывается невозможным в рамках существующей организации здравоохранения. Но, в любом случае, никакое лекарство или их комбинация не смогут «решить всех проблем».

С момента зачатия мозг эмбриона, а затем ребенка, проходит множество стадий роста и развития. Вначале в мозге наблюдают избыток нервных связей. Позже, в подростковом периоде, эти «избыточные» связи отмирают, чтобы дать возможность мозгу лучше адаптироваться к вызовам окружающего мира. Кроме того, происходят процессы ремоделирования мозга, которые заканчиваются приблизительно к двадцатипятилетнему возрасту. Мы не имеем ни малейшего представления о том, как психотропные лекарства влияют на развитие головного мозга, и каковы долговременные последствия их приема в детстве и подростковом периоде.

Подход интегративной медицины к лечению нарушений настроения у детей и подростков

Для того, чтобы в полной мере использовать все возможности в лечении душевных расстройств у детей и подростков, необходим интегративный подход. Каждому ребенку приходится сталкиваться с вызовами и трудностями и справляться с эмоциональными и поведенческими реакциями, возникающими в ответ на повышенные требования и груз растущей ответственности. Это требует практического обучения способам преодоления негативных эмоций, умению не застревать в них. Сам по себе стресс не является чем-то нездоровым, но при избыточной поддержке стресс может привести к заболеванию. Если жизненная трудность уравнивается умелой поддержкой, то ребенок овладевает способностью преодолеть ее и с честью выйти из трудного положения. Эмоциональные и поведенческие симптомы не обязательно надо искоренять; лучше рассматривать их как предупреждающие сигналы, требующие внимания.

Большую, но недооцененную роль в поддержании психического здоровья детей играет питание. Полноценная диета с преобладанием свежих овощей и фруктов, растительные белки и рыба, минимальное количество сахара, пшеничной муки, консервантов и красителей – все это в совокупности подавляет воспалительные реакции организма и способствует хорошему психическому здоровью. (В недавно проведенных исследованиях была показана связь депрессии с повышенной склонностью к воспалительным реакциям). Перевод ребенка с психологическими отклонениями на здоровую диету – важный этап лечения. Функции мозга можно поддержать и улучшить дополнительным назначением омега-3-ненасыщенных жирных кислот (рыбьего жира) и витамина D.

Еще одним неперенным условием является полноценный освежающий сон. При укладывании ребенка спать полезно прибегать к успокаивающей музыке, теплой ванне с добавлением эфирных масел (особенно лаванды), травяным чаям (особенно ромашковому), медитации, направляемому воображению и чтению сказок. Для создания наилучших условий для сна надо избегать слишком яркого света в спальне, шума, звонков мобильного телефона, включения телевизора, по крайней мере, за два часа до сна. Очень важно исключить из детской диеты кофеин, так как он нарушает цикличность нормального сна и усиливает тревожность.

Очень важна также регулярная физическая активность, которая, как было неоднократно доказано, повышает настроение и улучшает сон. Физическую активность не обязательно ограничивать занятиями организованным спортом; большую радость ребенок получает также от танцев, йоги, прыжков на батуте или просто от прогулки с собакой. Очень важны подвижные игры, пребывание на природе, совместный досуг с друзьями и с семьей. Детям и подросткам необходим здоровый распорядок дня, поощрения в сочетании с дисциплиной. Негативным эмоциям и поведенческим отклонениям в большей степени подвержены дети, лишенные в семье ощущения стабильности и организованности. В лечении некоторых детей столь же эффективными, как антидепрессанты, могут оказаться такие методы лечения, как когнитивная поведенческая психотерапия, которая помогает детям и подросткам осознать суть нарушений и справиться с ними с помощью простых методов – например, с помощью глубокого дыхания. Так как этот подход формирует навыки адекватного выражения и регулирования эмоций и способствует пониманию причин возникновения собственных нездоровых мыслей, он оказывает более устойчивое положительное воздействие на психику, чем одно только назначение лекарств.

Семейная психотерапия может помочь детям и их родителям осознать нездоровые отношения в семье и исправить ситуацию. Психотерапевтические группы, в которых детей и подростков учат радоваться жизни и обучают способам регуляции эмоций (с помощью рисования, музыки, движения, ведения дневника, индивидуальной или групповой рефлексии), могут помочь детям выработать навыки управления эмоциями и здорового общения. В небольших группах дети могут легко научиться выражать свои сложные чувства и справляться с ними.

Заключение

Дети и подростки – это не уменьшенные копии взрослых людей. Мозг и организм детей развиты не полностью. По этой причине лекарства, эффективные и безопасные для взрослых, не всегда являются таковыми для детей и подростков. К настоящему времени не были проведены исследования долговременного воздействия психотропных лекарств на развивающийся мозг или эффектов сочетания различных лекарств. Если называть вещи своими именами, то можно сказать, что мы ставим над нашими детьми гигантский эксперимент, пичкая их психотропными препаратами.

В контексте интегративного подхода лекарства можно и нужно назначать в начале лечения как катализаторы, запускающие благоприятные изменения в психике ребенка. Риск задержки с лекарственным лечением надо взвесить относительно возможных побочных эффектов и возможного долговременного вреда. Риск от приема лекарств можно уменьшить, если начать лечение с малых доз с последующим их медленным повышением. Такой подход, кроме того, позволит лучше оценить эффективность и безопасность медикаментозного лечения. Лекарственное лечение надо во всех случаях сочетать с психотерапией и другими нефармакологическими методами. Кроме того, прием лекарств надо прекращать при первой же возможности, но при этом помнить, что отменять их сразу нельзя, так как резкая отмена может привести к неприятным последствиям и рикошетному эффекту.

Нельзя ничего жалеть ради благополучия и здоровья наших детей, так как они – будущее мира. Наша система здравоохранения позволяет помочь многим детям и подросткам сохранить и улучшить душевное здоровье, но все же в нашем мире остается пугающе много больных детей. Неразумно и опасно думать, будто их проблемы можно решить одними только психотропными лекарствами.

Глава 11. Лекарственное лечение синдрома дефицита внимания и гиперактивности

Еще одно заболевание, которого не существовало в моем детстве – это синдром дефицита внимания и гиперактивности. Теперь же в северной Америке разразилась эпидемия этого расстройства, и мы успешно экспортируем его (или представление о нем) в другие страны мира. В той мере, в какой это можно считать обоснованным диагнозом – а, по моему мнению, во многих случаях это не так – причины этого заболевания сложны. Оно может возникнуть в результате несоответствия между индивидуальным стилем обучения и труда и тем стилем, какого ожидает от индивида его окружение. Могут также играть роль диетические и другие факторы образа жизни. В соответствии с современной тенденцией рассматривать поведенческие и эмоциональные отклонения с точки зрения фармакологии, синдром дефицита внимания и гиперактивности в настоящее время считают результатом дисбаланса биохимической активности в головном мозге, который предлагают лечить медикаментозными средствами.

У девятилетней Майи возникли большие проблемы со школьным обучением. Девочка всегда отличалась легкой гиперактивностью и испытывала трудности при попытке сосредоточиться на заданиях, особенно связанных с чтением или письмом. Майя не могла также спокойно сидеть на уроках и раздражала учителей постоянной болтовней с соседкой по парте и импульсивными репликами. Несмотря на это, тестирование не выявило никакого отставания в психическом и интеллектуальном развитии – девочка полностью соответствовала уровню ученицы четвертого класса.

Дома Майя была очень милым и ласковым ребенком, хотя ей было трудно сосредоточиться на рутинных занятиях. Выполнение домашних заданий часто превращалось в сражение, так как девочка никогда не хотела садиться за уроки и легко отвлекалась по ходу их выполнения. Тем не менее Майя очень любила рисовать и могла этим заниматься часами. Помимо этого, она

прекрасно играла в футбол, хотя ее невнимание часто раздражало тренера. В классе Майю любили, и у нее всегда было много друзей.

Учиться в школе Майе было порой очень трудно. Воспитатели обратили внимание на эти трудности еще когда Майя посещала детский сад. Во втором классе учительница сказала родителям девочки, что у нее, наверное, СДВГ, и надо показать ее врачу, чтобы начать лечение. Родители с девочкой пошли на прием к педиатру, который, поговорив с ними пятнадцать минут, порекомендовал им и учительнице заполнить стандартную анкету. Когда педиатру вернули заполненные анкеты, он сказал, что у Майи синдром дефицита внимания и гиперактивности, и назначил для пробы препарат концерта (метилфенидат в таблетках пролонгированного действия). Родители воспротивились, и решили не спешить с началом лечения.

В третьем классе, несмотря на то, что поведение Майи практически не изменилось, учительница, казалось, совершенно не переживала по этому поводу, так как с помощью некоторых поощрений смогла заинтересовать Майю и добиться от нее неплохой успеваемости. Однако в четвертом классе учительница сказала родителям, что девочка «не в состоянии реализовать свой потенциал» и посоветовала все же начать медикаментозное лечение. Так Майя начала принимать концерту. В течение первых нескольких месяцев казалось, что ситуация значительно улучшилась. Теперь девочка могла намного лучше сосредотачиваться как дома, так и в школе. Учителя радовались ее успехам. От лекарства у Майи снизился аппетит, и она немного похудела. Она также стала более раздражительной – теперь ее выводили из себя вещи, на которые она раньше не обращала внимания. Несколько раз она жаловалась на то, что видит какие-то вещи, которых не видели родители. Но они заметили улучшение, и решили, что несмотря на эти странности, надо продолжить прием таблеток.

Потом, несколько месяцев спустя, бывшая учительница Майи, учившая ее в третьем классе, обратила внимание на девочку в школьном дворе во время перемены. Ребенок показался ей «немного подавленным». Может быть, это депрессия? Родители встревожились, стали пристально наблюдать за дочерью и в конце концов решили, что у нее, наверное, депрессия. Они решили также отменить концерту, так как интуитивно чувствовали, что причина – в приеме лекарства. Через несколько дней Майя снова стала прежней жизнерадостной девочкой, которую они еще помнили. Как сказала мать девочки: «Нам показалось, что концерта была плотиной, лишившей дочку радости». Майе перестали давать лекарство, а родители нашли другой способ справиться с СДВГ.

Противоречивость

Синдром дефицита внимания и гиперактивности является самым, пожалуй, противоречивым диагнозом в современной педиатрии.

СДВГ определяют как расстройство развития нервной системы, характеризующееся повышенной активностью, трудностями в концентрации внимания и импульсивностью в поведении. Таким поведением, впрочем, отличаются многие люди, и для того, чтобы поставить диагноз СДВГ, надо чтобы нарушения приводили к нарушениям не менее, чем в двух сферах жизни. У детей есть две сферы деятельности – школа и дом. В семидесятые годы этот диагноз ставили очень редко, заболеваемость не превышала 3 %. Но с тех пор она резко возросла. В настоящее время диагноз СДВГ выставлен 11 % детей, то есть почти 6 миллионам. Согласно статистическим данным, 4,2 миллиона из них получают психостимуляторы – такие как риталин. СДВГ в настоящее время является самой распространенной детской болезнью, опередив даже бронхиальную астму. Недавно было зарегистрировано повышение заболеваемости СДВГ также и среди взрослых.

Среди врачей и людей, не имеющих отношения к медицине, нарастает противоречивое отношение к этой болезни: действительно ли люди стали чаще болеть СДВГ или мы имеем дело с эпидемией гипердиагностики? Некоторые ярые скептики вообще подвергают сомнению само существование СДВГ. После установления диагноза большинство детей, в соответствии с рекомендациями Американской педиатрической Академии и других авторитетных медицинских учреждений, получают длительное лечение психостимулирующими лекарствами.

Я считаю, что СДВГ является реальной болезнью, чреватой серьезными последствиями для тех, кто страдает ее тяжелой формой, но я также считаю, что мы часто сталкиваемся с ее

гипердиагностикой, возникающей из-за многих факторов, в особенности же из-за высоких требований, которые мы предъявляем детям, и из-за недостаточной поддержки, которую мы им оказываем. Противоречит здравому смыслу, что 11–15 % всех детей (то есть 20 % всех мальчиков) внезапно заболели болезнью, требующей пожизненного медикаментозного лечения.

Подробное обсуждение причин этого феномена заняло бы сотни страниц отдельной книги. Здесь же я приведу несколько соображений, чтобы проиллюстрировать неточность и пристрастную природу нашего диагностического подхода к СДВГ.

В 2010 году один ученый показал, что дети, рожденные в августе, имели почти в два раза больше шансов получить диагноз СДВГ, чем дети, рожденные в сентябре. Почему? Потому что они были самыми младшими учениками в классе. Считается, что это причина того, что почти в 900 000 случаев детям был поставлен ошибочный диагноз, а исследования, проведенные в Канаде и Исландии, подтвердили этот вывод. Этот факт указывает на нашу неспособность отличить СДВГ от обычной незрелости.

Еще одно исследование, описанное в книге «Взрыв СДВГ», показало, что заболеваемость СДВГ резко взмыла вверх в местностях, где была воплощена в жизнь программа «Ни один ребенок не должен остаться без внимания» и тому подобные проекты. Согласно этой программе, все учащиеся должны пройти тестирования, по результатам которых оценивалась эффективность работы школ, финансируемых из государственных федеральных фондов. Если школа не получала сертификат, то следовали карательные меры вплоть до увольнения администрации и педагогического персонала. Представляется, что в случаях, когда судьба учителей и администрации зависит от результата тестирования, они пойдут на все, включая диагностику СДВГ и назначение медикаментозного лечения для того, чтобы улучшить результат.

Большая вариабельность заболеваемости СДВГ от штата к штату тоже говорит в пользу произвольности диагностики. Например, в 2011 году заболеваемость СДВГ в штате Индиана составила 13,8 %, почти вдвое больше, чем в соседнем Иллинойсе, где заболеваемость не превышала 7 %. Такую же разницу иногда наблюдают даже в соседних штатах с практически одинаковым составом населения.

Представляется, что у гипердиагностики СДВГ две главные причины: (1) требование лечения со стороны учителей, администрации школ и родителей, которые хотят от детей наилучших результатов в учебе, и (2) излишняя спешка и неадекватность суждения со стороны врачей, у которых просто нет времени для трезвой оценки ситуации и вдумчивого анализа. Оценка СДВГ требует учета всех аспектов жизни ребенка, включая отношения в семье, обстановку в школе и на улице, а также индивидуальные сильные и слабые стороны ребенка. Многие заболевания по ошибке принимают за СДВГ – нарушение способности к обучению, тревожность, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и сонное апноэ. Впрочем, и эти заболевания пропускают из-за отсутствия должной тщательности обследования.

Майя родилась в июле, а, следовательно, была одной из самых младших учениц в классе. Неясно, влияли ли симптомы СДВГ больше чем на один аспект ее жизни. Похоже, ее проблемы в школе больше зависели от личности учителя. В одном исследовании было показано, что из тех детей, кого учитель считал страдающими СДВГ, менее 50 % оценивались так же учителем следующего, более старшего класса.

Лекарства для лечения СДВГ

Чаще всего для лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности назначают психостимуляторы. Из них лучше всего известен метилфенидат (риталин, метадат, концерта). Помимо метилфенидата назначают также декстроамфетамин/амфетамин (аддералл), лисдексамфетамин (вивансе), дексметилфенидат (фокалин) и атомекситин (страттеру). Все эти лекарства обладают одинаковым механизмом действия и одними и теми же побочными эффектами.

Эти лекарства повышают активность двух важных нейромедиаторов – дофамина и норадреналина, и стимулируют активность лобной доли головного мозга. Лобная доля отвечает за исполнительные функции – планирование, сосредоточение внимания и подавление импульсивности, то есть за процессы, которые страдают при СДВГ. Психостимуляторы не только улучшают эти функции лобной доли, но и уменьшают гиперактивность.

В сотнях исследований было показано, что такое лечение эффективно у 70 % больных, действительно страдающих СДВГ – как у детей, так и у взрослых. На фоне лечения дети приобретают способность спокойно сидеть на уроках, лучше концентрировать внимание, лучше учиться и подавлять импульсивное поведение. Некоторым больным психостимуляторы в буквальном смысле слова спасают жизнь.

Стоимость лечения психостимуляторами колеблется от 15 до 500 долларов в месяц. Несмотря на то, что дети являются основными потребителями этих лекарств, в последнее время рост стоимости лечения обусловлен, главным образом, их назначением взрослым.

Осложнения от приема психостимуляторов

Прием психостимуляторов связан с проблемами двух типов. Во-первых, эти лекарства вызывают значительные кратковременные и долговременные побочные эффекты, а, во-вторых, нет никаких данных за то, что они оказывают долговременное положительное действие.

Ниже представлен список самых распространенных побочных эффектов:

- боль в животе
- возбуждение
- тревожность
- снижение аппетита и похудание
- задержка роста
- галлюцинации
- головные боли
- повышение артериального давления (чаще у взрослых)
- высокий риск привыкания и пристрастия
- тики
- нарушения сна

Все эти побочные эффекты встречаются достаточно часто. Кроме того, у многих детей на фоне приема психостимуляторов возникают менее значимые побочные эффекты. Дети хорошо себя чувствуют, но родители говорят, что их дети «немного не в себе». Дети могут, как Майя, утратить свою живость и жизнерадостность. Некоторые становятся подавленными, раздражительными или сердитыми. Часто у таких детей возникают периоды гиперактивности и раздражительности в вечерние часы, когда заканчивается действие принятой утром дозы, что требует либо повторного приема, либо добавления другого лекарства.

Серьезна также проблема возникновения галлюцинаций; возможно, они случаются чаще, чем кажется родителям и врачам. В некоторых исследованиях было обнаружено, что галлюцинации возникают у 1–3 % детей, принимающих психостимуляторы. В одном недавно проведенном исследовании было показано, что у 62 % детей, рожденных родителями, страдающими тяжелой депрессией, биполярным расстройством или шизофренией, на фоне приема психостимуляторов возникают психотические симптомы, и это не может не тревожить.

В большинстве случаев побочные эффекты проходят после отмены лекарств, но тики могут сохраняться иногда всю жизнь. К счастью, большинство детей, как Майя, быстро становятся прежними после отмены лекарств.

Добросовестных длительных исследований по влиянию психостимуляторов на течение СДВГ было проведено немного, и их результаты обескураживают. Самым известным стало исследование, названное «Мультимодальным лечением синдрома дефицита внимания и гиперактивности» и проведенное выдающимися профессорами нескольких университетов. Они разделили случайным образом 564 детей на четыре группы. Дети первой группы получали лечение исключительно лекарствами, во второй группе проводили лекарственное лечение в сочетании с коррекцией поведения, в третьей группе проводили только коррекцию поведения, а в четвертой группе дети продолжали лечение, назначенное лечащим педиатром. Через год значительно улучшилось состояние детей в обеих группах, получавших медикаментозное лечение, и эта новость была с удовлетворением встречена сторонниками назначения психостимуляторов. На втором году лечения в 50 % случаев положительный эффект лекарственного лечения исчез, а через три года уже не было никакой разницы между детьми, принимавшими психостимуляторы, и детьми, не получавшими этих лекарств. Приведу выдержку

из выводов исследования: «Статистически значимое улучшение, какое мы наблюдали в течение двадцати четырех месяцев наблюдения, нивелировалось по истечении тридцати шести месяцев. К этому сроку мы не видели разницы в состоянии детей, которым назначали или не назначали психостимуляторы – во всех группах частота СДВГ и сопутствующих заболеваний была практически одинаковой». Вывод: улучшение наступает у детей независимо от лекарственного лечения.

Таковыми же были выводы другого исследования: «Исследования лечения синдрома дефицита внимания и гиперактивности у дошкольников». В этом исследовании наблюдали 230 детей дошкольного возраста, которым диагноз СДВГ был поставлен в возрасте от трех до пяти лет. Детей наблюдали до десятилетнего возраста. К этому возрасту симптомы сохранялись у 79 % детей, принимавших лекарства, и у 73,1 % детей, не принимавших лекарств. Симптомы у детей, принимавших лекарства, не отличались по тяжести от симптомов у детей, не принимавших лекарства.

Почему лекарства, вызывающие такой положительный эффект в начале лечения, не помогают при длительном приеме? Возможно, мозг становится резистентным к действию психостимуляторов, нарушается схема лечения или дети настолько часто выздоравливают сами, что не удается выявить положительное действие лекарств.

Последний вывод подкрепляется данными соответствующих исследований. В одном из них определяли размеры коры в лобной доле мозга растущих детей. У детей, страдавших СДВГ, было выявлено отставание в развитии лобной коры в среднем на три года, но это отставание сглаживалось по мере роста. Действительно, только в 30–50 % случаев, взрослые люди, которым в детстве ставили диагноз СДВГ, продолжали соответствовать его диагностическим критериям. Таким образом, мы часто лечим детей, которые вполне могут поправиться и без нашей помощи.

Если мы не можем доказать, что психостимуляторы эффективны и полезны при длительном приеме, то как мы можем оставаться равнодушными к их возможному вреду – в частности, к их возможному негативному влиянию на развивающийся мозг? Пока долговременные побочные эффекты выявлены не были. Эти лекарства используются в клинической практике с 50-х годов, но до сих пор ни у кого из больных, принимавших психостимуляторы, не развилась сердечная недостаточность, не было поражений почек либо каких-либо других значимых телесных расстройств. Не видим мы и таких осложнений, как возникновение психиатрических заболеваний – шизофрении или тяжелой депрессии. Единственная проблема заключается в том, что, как показывает практический опыт, прием психостимуляторов может приводить к лекарственной зависимости. Никто так и не смог исследовать менее заметные осложнения от приема психостимуляторов. Поскольку психостимуляторы модулируют активность нейромедиаторов и функции мозга, а мозг продолжает развиваться приблизительно до двадцатипятилетнего возраста, то было бы неразумно предполагать, что лекарства такого рода не влияют на этот процесс. Но, как это происходит, никто не знает. Мы проводим эксперимент на нескольких миллионах детей, эксперимент, результат которого невозможно предсказать.

Долговременные исследования, которые могли бы дать ответ, трудно проводить на детях, но их провели на крысах, и результаты этих опытов могли бы заставить нас одуматься. Введение метилфенидата крысам-подросткам сочеталось с возникновением стойких поведенческих изменений в более позднем возрасте. Прием психостимуляторов делает крыс более чувствительными к стрессу и повышает у них уровень тревожности, то есть вызывает те изменения, которые мы едва ли хотим видеть у наших детей.

В базе данных организации «Кокрановское сотрудничество» публикуются оценки эффективности и безопасности медицинских вмешательств. Это, пожалуй, наиболее авторитетные публикации в данной области. В 2015 году были опубликованы данные об эффективности метилфенидата при СДВГ. В выводах подвергается сомнению качество данных, на основании которых назначают лечение психостимуляторами, высказывается мнение о том, что нужны дальнейшие исследования, а, кроме того, «крайне необходимы рандомизированные контролируемые клинические испытания нефармакологических методов лечения СДВГ».

И, наконец, большую озабоченность вызывает проблема лекарственной зависимости от психостимуляторов, и это очень важный вопрос, потому что частота злоупотребления психостимуляторами среди подростков с СДВГ составляет 10 % в сравнении с 3 % среди подростков, не страдающих СДВГ. Доступные данные не дают оснований для выявления

какой-либо корреляции, но риск злоупотреблений и привыкания в среде студентов колледжей достаточно серьезен. В нашей стране нелегальные формы психостимуляторов доступны во всех студенческих кампусах. В проведенном нами наблюдении выяснилось, что в Атлантическом университете двум третям студентов предлагали попробовать психостимуляторы, а 31 % признались в том, что злоупотребляют лекарствами от СДВГ. Как сказал один из студентов: «Аддералл глотаешь, чтобы хорошо учиться, а нюхаешь для удовольствия».

Подход интегративной медицины к лечению СДВГ

Учитывая значительную ограниченность действия психостимуляторов, мы должны задуматься о том, как еще можно лечить пациентов с СДВГ, которые, на самом деле, нуждаются в лечении?

Во-первых, надо раз и навсегда понять, что поведенческую психотерапию надо назначать всегда параллельно с назначением лекарств. Кроме того, в программу лечения надо включить обучение родителей, непосредственную поведенческую терапию и определенные изменения в методиках преподавания. Очень часто от поведенческой терапии отказываются после назначения психостимуляторов. Для детей, страдающих СДВГ, изменения стиля родительского воспитания и условий школьного обучения так же важны, как и любое лекарственное лечение. (Вспомните, что Майя прекрасно училась в третьем классе, но стала хуже учиться в четвертом; иногда больного излечивают хорошие отношения с учителем или со сверстниками).

Интегративная медицина прибегает в случаях СДВГ к некоторым эффективным вмешательствам, лишенным риска и побочных явлений. Во-первых, диета оказывает сильное влияние на проявление симптомов СДВГ. В нескольких исследованиях было показано, что многие дети, страдающие синдромом дефицита внимания и гиперактивности, обладают повышенной «чувствительностью» к некоторым видам пищи. Симптоматика смягчается, если эту пищу исключить из рациона. Например, в 2011 году в престижном британском медицинском журнале «Ланцет» были опубликованы данные одного исследования, показавшего, что улучшение наблюдали у 64 % детей, из рациона которых исключили определенные продукты. Самыми вредными пищевыми веществами в этом отношении является глютен (содержащийся в пшенице и других злаках) и казеин (содержащийся в коровьем молоке). Искусственные красители и другие пищевые добавки тоже могут ухудшить течение СДВГ, как было показано в нескольких исследованиях. В Европе к таким исследованиям относятся очень серьезно, и на упаковках продуктов пишут о добавленных в них искусственных красителях.

С заболеваемостью СДВГ положительно коррелирует дефицит железа и цинка. Как правило, в питании детей, страдающих СДВГ, не хватает омега-3-ненасыщенных жирных кислот, содержащихся преимущественно, в рыбе. Вопрос о роли кишечной микрофлоры изучен плохо, но в одном исследовании было показано, что прием маленькими детьми пробиотиков значительно снижает риск возникновения СДВГ.

Недавно было сделано волнующее открытие: оказалось, что применяя биологическую обратную связь с помощью ЭЭГ, можно научить детей управлять активностью головного мозга. Добросовестное изучение этого метода показало его высокую эффективность, хотя сдерживающим фактором является дороговизна метода. Разрабатываются также компьютерные методики улучшения когнитивных способностей и умения концентрировать внимание.

Очень важны также изменения образа жизни, причем начинать надо с улучшения сна. Сонное апноэ и элементарная нехватка сна могут усугубить тяжесть течения СДВГ. В самом деле, продолжительность ночного сна у ребенка может служить надежным предиктором успеваемости. То же самое верно и в отношении физических нагрузок. В нескольких исследованиях было показано, что занятия физической культурой и спортом благотворно сказываются на состоянии и самочувствии детей, страдающих СДВГ. К сожалению, очень много детей практически не занимаются спортом. Пребывание на природе тоже смягчает симптомы СДВГ.

Такие психосоматические техники, как йога и обучение сосредоточенности, тоже хорошо помогают таким больным. В настоящее время проводятся исследования, показывающие высокую эффективность этих методов лечения. Хорошим средством снижения гиперактивности является обучение правильному дыханию.

Заключение

В отношении синдрома дефицита внимания и гиперактивности мы в настоящее время наблюдаем эпидемию гипердиагностики.

Необходимо тщательно обследовать детей, выясняя причины поведенческих отклонений и отставания в учебе, прежде чем лепить им ярлык СДВГ. Детям, которые на самом деле страдают СДВГ, лекарства необходимы, но они должны быть лишь частью комплексного, интегративного лечебного плана. Медикаментозное лечение показано лишь в тех случаях, когда верно хотя бы одно из следующих утверждений:

- Ребенок не способен учиться
- СДВГ делает невыносимой обстановку в семье
- Ребенок не способен завязывать дружеские отношения из-за СДВГ
- Из-за любой из вышеперечисленных проблем страдает самооценка ребенка

Но даже в такой ситуации надо сначала испытать немедикаментозное лечение, так как долговременная эффективность назначения психостимуляторов представляется спорной, а последствия их долговременного приема – в частности, для развития мозга – до сих пор неизвестны. Более того, метилфенидат и сходные с ним стимуляторы стали в последнее время основными нелегально используемыми веществами, вызывающими привыкание, пристрастие и зависимость.

Глава 12. Опиаты и лечение хронической боли

Ощущение боли известно всем людям. Народная медицина и традиционные медицинские школы создали невероятное множество средств и способов лечения боли. Многие из этих средств достаточно эффективны, особенно в случаях острой боли. Самое эффективное средство – это опиный мак (*Papaver somniferus*), который в Старом Свете применяют для лечения боли с незапамятных времен. Производные опия – от морфина и кодеина до оксикодона (оксиконтин) – носящие собирательное название «опиатов», до сих пор являются самыми мощными анальгетиками (обезболивающими средствами). Эти средства абсолютно безопасны, если назначать их по показаниям и на короткое время – в частности, для устранения острой боли. Применение опиатов длительное время для лечения хронической боли – это совсем другая история. Чрезмерное употребление опиатов, злоупотребление ими, оказывает разрушительное воздействие как на индивидов, так и на общество. Согласно данным центров по контролю заболеваемости, в 2010 году американские врачи выписали больным столько опиатов, что их хватило бы для круглосуточного лечения всех граждан США в течение одного месяца. Во время предвыборной кампании 2016 года избиратели многих штатов, в особенности Новой Англии, убеждали своих кандидатов в том, что для них главной проблемой является злоупотребление опиатами. Эта проблема представлялась им более значимой, нежели экономические неурядицы и террористическая угроза.

Для начала я расскажу вам историю.

Грег окончил среднюю школу с похвальной грамотой. Через несколько лет, в 2007 году, он решил пойти в армию, где ранее служили многие его родственники. Грег пятнадцать месяцев пробыл в Ираке, где ему пришлось несколько раз участвовать в боях. В то время он писал своей подруге и родителям, что временами впадает в депрессию, а по ночам ему часто снятся кошмарные сны. По возвращении домой Грегу был поставлен диагноз посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), после чего он в течение нескольких месяцев проходил курс психотерапии. Пройдя переподготовку, Грег вернулся в Ирак, где на этот раз стал ротным санитаром в Багдаде.

На этот раз он четыре раза пережил взрывы самодельных устройств, получив серьезную рану плеча и сотрясение мозга. Сотрясение мозга он получил от взрыва, убившего на его глазах нескольких его товарищей. Начальное лечение нестероидными противовоспалительными средствами и физиотерапия не привели к значительному уменьшению боли, и врач назначил Грегу опиаты в составе комбинированного препарата викодин, содержащего опиат гидрокодон

и ацетаминофен. Помимо боли в плече и практически ежедневной головной боли, Грегу пришлось бороться с сильной тревожностью, бессонницей и ночными кошмарами. Он начал прибавлять в весе, и в довершение всех бед у него диагностировали предиабет. Грега уволили в запас и направили на обследование в местный госпиталь ветеранов войны, где была также выявлена легкая черепно-мозговая травма (ЧМТ). Лечение боли было усилено: теперь Грег получал длительно действующий препарат морфина, оксикодон, в сочетании с ацетаминофеном (по показаниям), а также альпразолам (ксанакс) и золпидем (амбиен).

Грег надеялся найти работу в сфере здравоохранения, но оказался неспособным к постоянной работе. Однажды, после очередного увольнения, он сказал своей подруге, что готов «покончить со всем этим». Подруга позвонила родителям Грега и его братьям и сестрам, и те устроили его в госпиталь ветеранов войны с отделением интегративной медицины.

На приеме он пожаловался врачу на полный жизненный крах и на мысли о самоубийстве. Он также признался, что у него бывают провалы в памяти, приступы агрессивности, что сильно мешало ему и в личной жизни, и на работе. Грег также признался, что свои опиаты он копит для тех дней, когда ему «становится просто немоготу».

Был разработан план лечения. Для начала Грегу назначили детоксикацию в сочетании с когнитивной поведенческой психотерапией. Кроме того, ему проводили краниальную терапию, иглоукалывание и шиацу для облегчения боли, а также назначили диетотерапию и лечебную физкультуру для снижения веса и нормализации уровня сахара в крови. Помимо этого, Грега обучили йоге, тай-цзы и провели профессиональную реабилитацию. Через три месяца такого интенсивного лечения Грег смог вернуться домой, не принимая больше никаких болеутоляющих препаратов. Он нашел постоянную работу в местной некоммерческой организации, оказывающей помощь бездомным ветеранам боевых действий, нуждающимся в лечении и жилище.

Природа хронической боли

Боль может продолжаться и после того, как устранена ее причина, превращаясь в упорный, приводящий подчас к инвалидности, синдром, плохо поддающийся лечению, подрывающий качество жизни, вызывающий подавленность и чувство безнадежности у больного, членов его семьи и коллег. За последние годы частота хронической боли сильно возросла и тяжким бременем легла на бюджет здравоохранения. Эта ситуация породила множество ожесточенных споров относительно тактики и стратегии лечения хронической боли. Одна из причин распространения синдрома – это возвращение домой военнослужащих, получивших ранения и иные травмы в ходе боевых действий. Многие из этих ранений и травм совсем недавно были бы смертельными, но теперь их жертвы остаются в живых благодаря прогрессу медицины. Не вполне адекватное лечение последствий, а также зависимость от опиатов, привлекли внимание специалистов к трудностям лечения хронической боли. В настоящее время все согласны с тем, что одними только лекарствами эту проблему решить не удастся.

Боль – это самый частый повод обращения к врачу во всем мире. Поводом к обращению может стать приступ боли в пояснице, шее или приступ головной боли. В большинстве случаев такая боль вскоре проходит, но более полутора миллиардов человек в мире и более ста миллионов американцев страдают от боли в течение нескольких месяцев, а у многих боль становится хронической. При этом, боль не просто становится сильнее она превращается в феномен, требующий совершенно нового подхода. Синдром хронической боли возникает на фоне травм, мигрени, артрита, фибромиалгии и нейропатии (частого осложнения сахарного диабета и побочного эффекта химиотерапии по поводу онкологических заболеваний).

Теперь мы понимаем, что когда боль становится хронической, происходят физические изменения в воспринимающих ее участках мозга, которые при этом взаимодействуют с теми его областями, которые в норме не имеют никакого отношения к боли. Вовлечение этих областей приводит к появлению таких упорных симптомов, как утомляемость, нарушения сна, депрессия, тревожность и когнитивные нарушения. Эти «сопутствующие проявления» сильно осложняют лечение хронической боли, делая ее феноменом, радикально отличающимся от острой боли. К сожалению, больных с хронической болью часто лечат так, как будто они страдают острой болью.

В новом, интегративном подходе к лечению хронической боли подчеркивается необходимость индивидуального подхода и согласованной работы врачей разных специальностей. Применение болеутоляющих лекарств является лишь частью такого подхода, и частью не единственной и даже не самой важной.

НПВС и ацетаминофен

Аспирин и другие нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) чаще всего назначают в качестве болеутоляющих лекарств, наряду с ацетаминофеном (парацетамолом), лекарством другого класса, оказывающим небольшое противовоспалительное действие. Очень часто люди сами назначают себе эти лекарства, а те, кто страдает хронической болью, могут принимать их в течение очень длительного времени.

НПВС мы подробно обсудили в главе 8. Эти лекарства могут производить весьма вредные эффекты при длительном применении, а также могут взаимодействовать с другими лекарствами, и поэтому их ни в коем случае нельзя применять как единственное средство лечения хронической боли.

По своей анальгезирующей активности ацетаминофен можно сравнить с аспирином. Обычно парацетамол безопасен, хотя передозировка (а она происходит достаточно часто) может привести к поражению печени и развитию печеночной недостаточности. Действительно, токсическое воздействие ацетаминофена на печень является самой частой причиной острого поражения печени в США и других Западных странах. Такие больные часто обращаются в пункты скорой помощи: в некоторых случаях бывает показана госпитализация, а в редких случаях – отравление ацетаминофеном может привести к смерти. Наибольшей восприимчивостью к передозировке отличаются люди, злоупотребляющие алкоголем, а также люди, использующие комбинированные препараты опиатов и ацетаминофена в качестве наркотика. Многие из таких препаратов можно в настоящее время легко приобрести на черном рынке. Пьющие люди и те, кто страдает заболеваниями печени, должны с большой осторожностью относиться к приему ацетаминофена для устранения хронической боли.

Опиаты

Опиаты являются средствами выбора в лечении умеренно выраженной или сильной острой боли. Чаще всего для этого назначают два препарата опиата – кодеин и морфин. Кодеин является слабым анальгетиком, и его часто комбинируют с аспирином или ацетаминофеном, а также назначают для подавления мучительного сухого, непродуктивного кашля. Главным обезболивающим препаратом является морфин; подобно другим опиатам, он сильнее действует при парентеральном (в виде инъекций) введении – в мышцу или в вену. В течение многих лет химики колдовали с молекулой морфия и создали десятки новых производных веществ, стараясь отделить анальгезирующий эффект от эффекта привыкания и пристрастия. Героин был синтезирован в 1898 году как безопасное и эффективное средство от кашля и боли, лишенное риска развития болезненного пристрастия, свойственного для морфия, о чем было к тому времени хорошо известно. А кроме героина за прошедшие годы были синтезированы многие другие опиоиды, которые тоже якобы не вызывают пристрастия и наркотической зависимости. Сравнительно недавно фармакологи смогли синтезировать длительно действующие формы морфина (МС-контин) и других опиоидов – фентанила (дурагезик), гидроморфина (дилаудида) и оксикодона (оксиконтин).

Опиоидные лекарства взаимодействуют с теми же мозговыми рецепторами, которые связывают опиоиды, синтезируемые в организме. Эти естественные или *эндогенные опиаты* называют эндорфинами. Эти вещества регулируют настроение и влияют на восприятие боли. Секрецию эндогенных опиатов стимулируют такие воздействия, как физическая нагрузка и иглоукалывание. То, что молекулы, синтезируемые опийным маком, связываются с опиатными рецепторами – эволюционная игра случая.

При острой боли, не поддающейся лечению НПВС и ацетаминофеном, опиаты «как правило» оказываются весьма эффективными. Опиаты также могут быть эффективными при некоторых видах хронической боли, но не при всех. В настоящее время большинство специалистов согласны с тем, что риск применения опиатов перевешивает их пользу при лечении большинства типов хронической боли, за исключением боли, вызванной злокачественными опухолями, то есть опиаты не показаны при головной боли, боли в спине и в шее. При эпизодически возникающей

хронической боли, например, при мигрени, фибромиалгии и невропатии, назначение ацетаминофена или НПВС предпочтительнее назначения опиатов. В проведенном в 2006 году эпидемиологическом исследовании было показано: «Примечательно, что лечение опиатами хронической или длительной боли, не связанной с раковыми заболеваниями, не приводит к ключевой цели лечения – то есть не облегчает боль, не улучшает качество жизни и не восстанавливает работоспособность».

Осложнения от назначения опиатов

Передозировка опиатов может привести к опасному для жизни угнетению дыхания путем непосредственного влияния на дыхательный центр продолговатого мозга. Угнетение дыхания редко встречается у пациентов, регулярно принимающих опиаты для устранения хронической боли, так как к этим лекарствам быстро развивается толерантность. Это осложнение становится более вероятным при одновременном применении опиатов и седативных лекарств. Особенно опасен в этом отношении одновременный прием опиатов и бензодиазепинов, которые в четыре раза повышают риск передозировки. (Грег, о котором я рассказал в начале главы, получал несколько опиоидных препаратов и два бензодиазепина).

В остальном побочные эффекты опиатов вызывают скорее дискомфорт, нежели угрозу жизни. Самые частые осложнения – это тошнота, рвота, кожный зуд, потливость, головокружение, сонливость и запор. У пожилых людей головокружение повышает риск падений. Запор может быть весьма мучительным. Некоторые люди, регулярно принимающие опиоидные лекарства, испытывают странные изменения чувствительности (*гипералгезию*), когда легкое прикосновение к коже вызывает боль.

В обезболивании умирающих больных, например, онкологических больных в терминальной стадии, анальгезия опиоидами может стать необходимостью, но в этих случаях опиоиды часто вызывают «затуманивание сознания», а это подавляюще действует на больных, которые хотят сохранить ясность ума и полноценное общение с любимыми и близкими. Многие врачи хосписов говорят, что в этой ситуации лечение опиоидами становится очень затруднительным, что требуется большое искусство для того, чтобы обеспечить достаточное обезбоживание при одновременном сохранении ясного сознания.

Конечно, главная проблема назначения опиатов для длительного лечения хронической боли – это угроза привыкания, пристрастия и разрушительного влияния на жизнь индивида и общества. Регулярный прием опиоидных лекарств может привести к толерантности (когда для достижения прежнего эффекта приходится принимать более высокие дозы), физической зависимости и пристрастию. Физическая зависимость, проявляющаяся симптомами абстиненции при отмене лекарства, весьма распространена, но это не то же самое, что пристрастие, которое является более серьезным расстройством. Установлено, что пристрастие развивается у 5 % больных, регулярно принимающих опиаты в течение года. Люди, испытывающие эйфорию от приема опиоидов, подвержены большему риску (особенно если получают лекарства в виде инъекций), чем те, кто прибегает к опиоидам для смягчения душевных страданий. (Как уже говорилось выше, психологический дистресс является одной из основных причин формирования хронического болевого синдрома). Пристрастие возникает при нарушении работы центра вознаграждений головного мозга. Пристрастие характеризуется не только физической зависимостью, но и навязчивой фиксацией на лекарстве, поведенческими нарушениями, нарушением социальной адаптации и снижением работоспособности.

Потребление опиоидов стремительно выросло в восьмидесятые и в начале девяностых годов. Это стало реакцией на призыв известных специалистов по лечению болевых синдромов не допускать у пациентов сильной боли, включая и больных, болевой синдром у которых обусловлен раковой опухолью. Распространению приема опиатов способствовало также введение в клиническую практику длительно действующих лекарственных форм, упомянутых выше в этой главе. Фирмы-производители настолько энергично продвигают свою продукцию, что Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США было вынуждено разослать им предостерегающие письма. Например, одной компании было заявлено, что ее реклама «умалчивает о серьезном риске, связанном с приемом оксиконтин или преуменьшает этот риск, и рекомендует препарат для применения в тех случаях, когда не была подтверждена надежность и безопасность такого приема».

С 1999 года отпуск опиоидных лекарств в аптеках увеличился в четыре раза, и при этом во столько же раз увеличилась частота передозировок, ухудшения состояния и смерти. Почти 60 % ветеранов, вернувшихся из районов боевых действий, страдают синдромом хронической боли (в сравнении с 30 % таких больных среди гражданских американцев). Ветераны подвержены в два раза большему риску смерти от передозировки опиоидов в сравнении с другими категориями населения. Более того, растет число нелегального употребления опиоидных лекарственных средств. Фармацевтические компании производят намного больше опиоидов, чем требуется для клинических нужд, и значительная часть их продукции попадает на черный рынок. Хорошо известно злоупотребление оксиконтин: он стал настолько популярным в сельских районах Америки, что его называют «деревенским героином». Злоупотребления и неадекватное назначение опиоидов обходятся Соединенным Штатам в 60 миллиардов долларов в год, причем половина этой суммы приходится на убытки, связанные со снижением производительности труда, а половина – на лечение лиц, страдающих опиоидной зависимостью. Назначение больному такого, например, опиоидного препарата, как оксиконтин, обходится, согласно недавно проведенному исследованию, в 6 тысяч долларов в год. Сюда не включены расходы на испытание лекарства и наблюдение за больным, а также на лечение побочных эффектов и реабилитацию в случае, если возникает такая необходимость.

В большинстве случаев возникновения таких осложнений виноваты врачи. С тех пор, как из опиума был выделен морфин, они начали выписывать его больным направо и налево, не думая о возможном риске и убеждая себя и больных, что каждый новый опиоид безопаснее предыдущего. Когда же врачей призывают проявлять осмотрительность, они бросаются в другую крайность и отказывают в опиоидах больным, которые реально в них нуждаются. Но рано или поздно все возвращается на круги своя, и врачи опять начинают назначать опиоиды, не думая о возможных последствиях. Доктор Ричард Фридман, профессор клинической психиатрии и директор психофармакологической клиники, писал в редакционной статье, опубликованной в «Нью-Йорк Таймс» в 2015 году: «Именно врачи выпустили на волю джина нынешней опиоидной эпидемии своим неразборчивым назначением этих лекарств; наш моральный долг – остановить распространение этой эпидемии».

К 2011 году многие клиницисты, участвовавшие в продвижении опиоидов, публично признали, что опиоиды не оправдали возложенных на них надежд в длительном лечении хронической боли. В ответ на быстрое распространение злоупотреблений и неадекватного применения опиоидов во многих штатах были введены ограничения на их доступность. Федеральное правительство со своей стороны тоже приняло меры, обязав производителей проявлять большую добросовестность, публиковать более внятные инструкции и проводить обучение врачей безопасному назначению опиоидов. В некоторых случаях это привело к недостаточно эффективному лечению боли у пациентов, нуждавшихся в опиоидах, в особенности если отсутствовала возможность получения иных видов лечения. Для врачей этот переход от бесшабашности к осторожности оказался достаточно болезненным. Но, тем не менее, как больные, так и врачи благодаря этому кризису начали осознавать важность интегративного подхода к лечению хронической боли.

Подход интегративной медицины к лечению хронической боли

Недавний обзор более двадцати исследований, посвященных изучению болей в пояснице, показал, что когда лекарственное лечение дополняют физическими упражнениями, иглоукальванием и мануальной терапией, боль проходит быстрее на фоне общего улучшения состояния и самочувствия. Вот один из примеров приложения такого подхода к практике в Орегонском центре лечения боли интегративными методами. Этот центр был открыт в 2016 году по инициативе властей штата Орегон после анализа высоких затрат и малой эффективности чисто лекарственного лечения болевых синдромов. Были одобрены такие методы дополнительного лечения, как иглоукальвание, массаж, мануальная терапия, йога, лечебная физкультура и физиотерапия. Я надеюсь, что и другие штаты последуют примеру Орегона, что больные, их семьи и медицинские работники будут использовать новейшие научные данные для лечения хронической боли и требовать для него страхового покрытия. Учреждения здравоохранения ветеранов войны также начали отказываться от исключительного использования опиоидов в лечении хронической боли и теперь активно пропагандируют

лечение, предусматривающее иглоукалывание, йогу, сосредоточенную медитацию и физиотерапию.

Переживание боли включает в себя ее непосредственное восприятие и интерпретацию этого восприятия мозгом. Местные анестетики, такие как прокаин (новокаин), блокируют первый из этих компонентов; опиоиды же влияют на мозг и изменяют интерпретацию болевых импульсов. На фоне введения опиоидов больные обычно говорят: «Боль остается, но она меня не беспокоит» или «У меня такое впечатление, что боль у кого-то другого». Очень часто так говорят люди, находящиеся под гипнозом. У восприимчивых пациентов (у тех, кто хорошо поддается внушению) гипноз может вызвать анальгезию, сравнимую с анальгезией от введения опиоидов. Например, под гипнозом можно лечить зубы и даже выполнять хирургические вмешательства. Вероятно, такое обезболивание обусловлено секрецией эндогенных опиатов; в любом случае оно показывает, как можно использовать связь тела и сознания для того, чтобы изменять ощущение боли.

Помимо гипноза, другими методами психосоматической медицины являются визуализация и методика наведения образов, биофидбек, дыхательная гимнастика, медитация и обучение сосредоточенности. К настоящему времени накоплено много убедительных данных об эффективности обучения сосредоточенности как средству, помогающему жить с хронической болью. Эта методика позволяет концентрировать внимание на настоящем моменте, а не на прошлых болезненных переживаниях или на их предчувствии. Психосоматическая медицина должна стать главным содержанием интегративного лечения боли независимо от параллельного приема болеутоляющих лекарств. (На мой взгляд, отсутствие этих методов в арсенале Орегонского центра интегративной медицины является большим упущением). Могут помочь также йога и различные методы релаксации, включая групповую.

Массаж, мануальная терапия, методы остеопатии также полезно применять, особенно если хроническая боль сопровождается мышечным напряжением, плохой осанкой или анатомическими нарушениями, усугубляющими болевой синдром. Было также подтверждено мнение о том, что физические упражнения являются очень мощным противовоспалительным средством, уменьшающим содержание в крови маркеров воспаления, вызывающего боль. Значимым обезболивающим эффектом обладает и акупунктура, вероятно, за счет стимуляции выделения эндорфинов.

«Биостимуляция» это собирательный термин для обозначения новых видов лечения боли, при выполнении которых на определенные участки тела направляют электрические, магнитные, световые или ультразвуковые стимулы. Например, это чрескожная электрическая стимуляция нервов, которая способна облегчать костно-мышечную боль. В продаже имеются аппараты для самостоятельного использования в домашних условиях. Доступны также аппараты для электромагнитной стимуляции головного мозга. Это излучение модулирует мозговой кровоток и уменьшает возбудимость областей мозга, отвечающих за проявления синдрома хронической боли. В настоящее время такое лечение доступно лишь в специализированных лечебных учреждениях, но скоро появятся приборы и для самостоятельного использования (как, например, транскраниальные стимуляторы постоянного тока).

Когнитивная поведенческая психотерапия может помочь пациентам с хронической болью идентифицировать и изменить мысли, усугубляющие страдания.

Очень полезной часто оказывается групповая поддержка. Многие медицинские учреждения с успехом используют групповую психотерапию для лечения хронической боли. С помощью интернета можно проводить в сети занятия по обучению сосредоточенной медитации, что помогает людям, живущим вдали от крупных городов, приобщиться к этой полезной методике.

Облегчению боли может способствовать здоровая диета и специальные пищевые добавки. Во-первых, известно, что когда боль становится хронической, те области мозга, что отвечают за восприятие вкуса и чувство насыщения, изменяются вместе с областями, которые отвечают за настроение. В результате при хронической боли может развиться дефицит питания, особенно на фоне приема обезболивающих лекарств. При хронической боли необходимо дополнительно принимать витамин D, соли магния, омега-3-ненасыщенные жирные кислоты и коэнзим Q-10. Довольно часто упускают из вида дефицит этих веществ.

Известно, что противовоспалительная диета способствует улучшению состояния здоровья и снижает риск разнообразных заболеваний, ослабляет боль, вызванную воспалением и,

соответственно, уменьшает потребность в обезболивающих лекарствах. Противовоспалительными свойствами обладает диета, основанная на растительной пище. Особыми противовоспалительными свойствами обладают такие специи, как куркума (*Curcuma longa*) и имбирь (*Zingiber officinalis*).

Если синдрому хронической боли сопутствует бессонница, то бороться с ней надо не дополнительным приемом лекарств. Для начала надо выяснить причину нарушения сна (например, употребление кофеина и других стимуляторов, шум и свет в спальне), а также обратить самое пристальное внимание на гигиену сна.

С тех пор, как употребление конопли разрешили в медицинских целях, многие больные сообщают о ее благотворном действии при синдроме хронической боли. Активные компоненты этого растения – каннабиноиды – взаимодействуют с опиатными рецепторами, и по крайней мере у части пациентов удается на фоне назначения препаратов конопли уменьшить дозы и частоту введения опиоидных анальгетиков. В настоящее время проводят исследование на предмет выяснения, какие сорта конопли и какие ее формы наиболее активны и эффективны в лечении хронической боли.

Заключение

Хроническая боль в своей основе отличается от острой боли, и ее невозможно успешно лечить одними только лекарствами. Опиоидные препараты играют важную роль в подавлении боли в некоторых клинических ситуациях, но опора только на эти лекарства может привести к разрушительным последствиям не только для больного, но и для членов его семьи, и для общества в целом.

Если вы или близкий вам человек страдает от синдрома хронической боли, то очень важно составить интегративный (то есть комплексный) лечебный план. Не всегда важно точное знание причины боли, важнее знать, как именно боль влияет на мозг и на психосоматические функции. Никакие лекарства не влияют на сложные психологические, профессиональные и жизненные аспекты хронической боли, и, кроме того, лекарства не могут ликвидировать изменения в мозге, которые лежат в основе боли.

Врачи должны всячески помогать больным в таком начинании, так как оно вполне согласуется с современными тенденциями в лечении боли. Врачи могут помочь вам найти медсестру-менеджера, тренера по лечебной физкультуре или других медиков, которые свяжут вас со специалистами по нефармакологическим методам лечения.

Глава 13. Лекарства для лечения артериальной гипертензии

Дон – общительный мужчина шестидесяти шести лет – был доставлен в отделение скорой помощи после того, как сын и невестка, придя к Дону в гости в его маленькую квартиру, обнаружили его лежащим на полу и неспособным встать без посторонней помощи. У Дона хватало проблем со здоровьем: ишемическая болезнь сердца, повышенное артериальное давление, сахарный диабет 2 типа, гипертрофия предстательной железы, депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). Незадолго до этого Дон вернулся домой из стационара, где проходил реабилитацию после протезирования тазобедренного сустава.

В отделении скорой помощи Дона обследовали на «целый миллион долларов». В дополнение к набору анализов крови для исключения электролитных нарушений и анемии, Дону сделали электрокардиограмму (ЭКГ) и рентгенографию грудной клетки (в обоих случаях не нашли никакой патологии). Потом Дону сделали КТ головы и тоже не обнаружили ничего особенного. Потом больного осмотрели неврологи и пришли к выводу, что инсульт маловероятен, но все же порекомендовали госпитализацию – чтобы последить за больным, и, при необходимости, провести ему дополнительные исследования.

Для начала неврологи предложили сделать МРТ головного мозга для того, чтобы исключить поражение мозжечка – части мозга, отвечающей за равновесие и ощущение ориентации частей тела относительно друг друга. Из-за того, что Дон страдал выраженной клаустрофобией (фобией закрытых пространств), МРТ пришлось выполнять под общей анестезией.

К счастью, персонал не пожалел времени на изучение анамнеза Дона. При измерении выяснилось, что артериальное давление немного повышено – 150/90 мм рт. ст., а сам Дон сказал, что был слишком слаб утром и не стал принимать привычные лекарства, снижающие артериальное давление (АД). Врачи позвонили лечащему врачу Дона, и она сказала, что недавно отменила два гипотензивных лекарства из четырех, которые Дон получал, из-за появившегося головокружения и снижения АД до 70/50 мм рт. ст.

Семья Джона считала, что слабость возникла из-за лекарств, особенно из-за тамсулозина (фломакса), назначенного урологом по поводу гипертрофии предстательной железы. Дон получал лекарство в течение нескольких месяцев после того, как у него появились затруднения при мочеиспускании. На самом деле, это лекарство назначают также и для снижения артериального давления. Тамсулозин был отменен, а доза одного из гипотензивных лекарств, лизиноприла (принивил, зестрил), была снижена. Была также изменена временная схема приема лекарств.

После всего этого у Дона прошло головокружение. Он вышел из госпиталя после изматывающего трехдневного пребывания без всяких симптомов и без надобности проходить МРТ под общей анестезией. Врачи сошлись во мнении о том, что ухудшение состояния, усугубление симптомов и госпитализация имели причиной побочные эффекты от приема лекарств.

Профилактика повышения артериального давления: революция в медицине

В 2014 году 32,5 % взрослых американцев страдали от повышенного артериального давления, или, как еще говорят, от гипертензии. Гипертензию часто называют «молчаливым убийцей», потому что она, как правило, протекает бессимптомно, но повышает риск возникновения инфаркта миокарда, инсульта и многих других заболеваний, приводящих к инвалидности и смерти. Проведенные исследования раз за разом показывают, что контроль артериального давления позволяет уменьшить этот риск.

Повышение артериального давления было впервые описано в 1808 году, но лишь в 1896 году был изобретен сфигмоманометр, позволивший измерять величину давления крови. Проблема повышенного давления после этого сразу привлекла внимание врачей. Поставленная цель – выявление и лечение повышенного артериального давления – привела к разительному изменению в западной медицинской философии и побудила врачей и ученых сосредоточиться, в большей степени, на профилактике.

К шестидесятым годам двадцатого века стало понятно, что повышенное артериальное давление увеличивает риск инсульта. Проведенные в дальнейшем исследования позволили говорить о связи артериальной гипертензии с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний вообще. Эффективная диагностика и лечение артериальной гипертензии привели к значительному снижению заболеваемости и смертности от инфарктов миокарда, эпидемия которых разразилась в середине двадцатого века. Теперь мы знаем, что повышение артериального давления может приводить к нарушению когнитивных функций, поражать почки, вызывать эректильную дисфункцию, слепоту, сердечную недостаточность и разрывы аневризм (патологических расширений артерий в разных участках тела).

В индустриальных обществах, таких как наше, артериальное давление с возрастом повышается у большинства людей. Возрастная гипертензия обусловлена уплотнением стенок артерий и распространена настолько, что ее, пожалуй, можно считать нормальным следствием старения. Гипертензии нет в до сих пор кое-где сохранившихся обществах охотников и собирателей, что заставляет предполагать, что гипертензия связана, в большей степени, не со старением, а с образом жизни. Ключевыми факторами здесь являются питание, отсутствие физической активности и стресс, потребление соленой, обработанной разными консервантами и вкусовыми добавками пищи с повышенным содержанием сладких углеводов, что отличает нас от питающихся природной пищей охотников и собирателей. Вероятно наша еда в немалой степени способствует повышению артериального давления. Регулярные физические нагрузки способствуют сохранению эластичности артерий и поддержанию нормального веса тела, что тоже помогает избежать артериальной гипертензии. И хотя охотники и собиратели тоже подвергаются стрессу, в нашей жизни его все же больше.

Связующим звеном между стрессом и повышением артериального давления служит автономная (вегетативная) нервная система, которая регулирует тонус гладких (непроизвольных) мышц, находящихся в стенках артерий. Симпатический отдел нервной системы суживает артерии, повышает сосудистое сопротивление, а значит и артериальное давление, а парасимпатическая нервная система, наоборот, расслабляет гладкую мускулатуру сосудов, что приводит к снижению артериального давления. В ходе реакции борьбы или бегства активация симпатической нервной системы позволяет поддерживать (за счет повышения артериального давления) стабильный кровоток в головном мозге. В западных обществах многие страдают от постоянно повышенного тонуса симпатической нервной системы, словно реагируя на опасные ситуации, которым не видно конца, и, несомненно, это одна из причин широкого распространения артериальной гипертензии в наших странах. Сам процесс измерения артериального давления врачом или медсестрой часто вызывает у пациента тревогу и повышение тонуса симпатической нервной системы, что приводит к получению завышенных показателей АД. Эта так называемая «гипертензия белого халата», мешает точной диагностике артериальной гипертензии. Тем не менее на основании этих ненадежных данных врачи часто назначают гипотензивные лекарства.

Быстрое решение: распространение гипотензивных лекарств

Мало кто сомневается в том, что артериальное давление не должно быть ни слишком высоким, ни слишком низким. Недавние исследования показывают, что имеет смысл снижать давление до тех пор, пока оно не станет немного ниже 120/80 мм рт. ст., то есть показателя, который еще недавно считался идеальной нормой для взрослого человека. Гипотензивные лекарства в настоящее время вытеснили все другие способы лечения артериальной гипертензии. В 2010 году в США было потрачено 42,9 миллиарда долларов на лечение артериальной гипертензии. Из них 20,4 миллиарда было потрачено на лекарства, 13,0 миллиарда на посещения врача, а все остальное – на оказание экстренной помощи, пребывание в госпиталях и визиты врачей на дом. Итак, лечение гипертензии у одного взрослого американца обходится в среднем в 733 доллара в год, включая расходы на лекарства, визиты врачей, а также стоимость анализов и инструментальных исследований.

Надо сказать, что самые употребительные гипотензивные лекарства сравнительно дешевы, по крайней мере, в сравнении с лекарствами других классов. Некоторые из них удерживаются на рынке достаточно долго и в продажу поступают в виде менее дорогих дженериков. Лечение гипертензии такими препаратами обходится в среднем 4 доллара в месяц. Вопрос заключается в следующем: отвечает ли такая доступность лекарств интересам больных? Больной в вышеприведенном примере пострадал из-за того, что принимал слишком много лекарств, снижающих артериальное давление.

Как работают гипотензивные лекарства, и какие осложнения они вызывают

Поскольку поддержание адекватного кровотока жизненно необходимо для осуществления практически всех функций организма, он регулирует кровоток с помощью сложных нервных и гормональных механизмов. Различные гипотензивные лекарственные средства разнообразными путями влияют на работу этих механизмов. Например, бета-блокаторы влияют на активность вегетативной нервной системы, а ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (ингибиторы АПФ) влияют на механизмы гормональные. Блокаторы кальциевых каналов расслабляют гладкую мускулатуру артерий, а диуретики (мочегонные средства) уменьшают объем циркулирующей крови, увеличивая выделение из организма воды. В настоящее время артериальную гипертензию обычно лечат комбинациями гипотензивных лекарств с разными механизмами действия для достижения более мощного эффекта.

Любое гипотензивное лекарство может уменьшить артериальное давление до слишком низких значений, особенно если больной принимает несколько препаратов одновременно, как это было в случае с Доном. Обратите внимание, что лекарства, которые назначают для лечения других заболеваний, как, например, тамсулозин, назначенный Дону для лечения вызванной гипертрофией предстательной железы задержки мочи, тоже могут снижать артериальное давление. В настоящее время нет устоявшегося норматива относительно того, какое значение систолического (верхнего) давления считать опасным, но врачи обычно проявляют

беспокойство, когда систолическое давление становится ниже 100 мм рт. ст. При слишком низком артериальном давлении становится недостаточным кровоток в таких жизненно важных органах, как сердце и головной мозг, и может развиваться состояние, которое в медицине именуют «шоком».

Для нормализации артериального давления применяют лекарства различных классов, и мы сейчас рассмотрим самые важные из них, а также опишем осложнения и побочные эффекты, которые встречаются при их назначении.

Тиазидные диуретики (мочегонные)

Лекарства этого класса появились на фармацевтическом рынке в 1958 году. Гидрохлортиазид (гипотиазид) и хлорталидон (талидон) – два типичных представителя лекарств этого класса. Эти препараты уменьшают количество соли и воды, которые почки всасывают обратно в кровь, за счет этого увеличивается мочеотделение и уменьшается объем циркулирующей крови. Побочные эффекты зависят от дозы и встречаются относительно редко. К побочным эффектам относят головную боль, слабость, расстройства пищеварения, кожный зуд, нарушения зрения и мышечные судороги. Тиазидные диуретики могут также спровоцировать приступ подагры у страдающих ею больных. Часто пациенты жалуются, что на фоне приема этих лекарств им приходится чаще мочиться, но этот эффект нельзя назвать побочным. Принимать такие лекарства, естественно, следует утром, а не на ночь.

Бета-блокаторы

Первые лекарства этого класса были синтезированы в 1973 году и некоторые из них до сих пор применяются для лечения больных. Все эти лекарства блокируют рецепторы определенного типа (бета-рецепторы) в симпатической нервной системе, что приводит к расслаблению гладких мышц в стенках артерий. Генерические названия бета-блокаторов заканчиваются на «-лол». Типичные примеры: карведилол (корег), атенолол (тенормин), метопролол (лопрессор, торпол) и пропранолол (индерал, обзидан). Бета-блокаторы часто вызывают утомляемость, спазм дыхательных путей (поэтому их надо с большой осторожностью назначать больным, страдающим бронхиальной астмой), головокружение, эректильную дисфункцию и снижение уровня сахара в крови. Метопролол и пропранолол известны своей способностью вызывать бессонницу и яркие сновидения. Карведилол может приводить к появлению отеков нижних конечностей. Недавно проведенные исследования указывают на то, что бета-блокаторы не являются препаратами первого выбора для лечения артериальной гипертензии у большинства больных.

Стимуляторы альфа-2-рецепторов

Эти лекарства стимулируют активность альфа-2-рецепторов в центральной нервной системе, снижая тонус симпатической нервной системы. Многие лекарства этой группы, но не все, имеют окончание «-идин». Самый известный из препаратов этого класса клонидин (клофелин, катапрес, гемитон). У всех этих лекарств есть ряд неприятных побочных эффектов: сонливость, сухость во рту, тревожность, запор, тошнота и рвота. Кроме того, эти лекарства могут вызывать резкое и значительное падение артериального давления при изменении положения тела, например, при быстром переходе из положения сидя в положение стоя. Этот эффект называют постуральной или ортостатической гипотензией. Результатом ортостатической гипотензии часто бывают головокружение и обмороки.

Альфа-1-блокаторы

Блокаторы альфа-1-адренорецепторов также вызывают снижение артериального давления. В большинстве своем названия этих лекарств имеют окончание «-озин», например, доксазозин (кардура) и тамсулозин (фломакс). Подобно альфа-2-стимуляторам, лекарства этого класса тоже могут вызывать ортостатическую гипотензию. Особенно часто этот эффект наблюдают на фоне приема первой дозы. (Эти лекарства помогают лечить гипертрофию предстательной железы, и Дон получал тамсулозин именно по этому поводу). Побочные эффекты: уменьшение частоты сердечных сокращений, отеки, головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, тревожность и различные осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевой системы, включая учащенное мочеиспускание. Альфа-1-блокаторы редко назначают в качестве средства первого выбора в лечении артериальной гипертензии.

Блокаторы кальциевых каналов

Для сокращения мышечных клеток необходимо, чтобы в них поступили ионы кальция. Блокаторы кальциевых каналов препятствуют входу ионов кальция из крови в гладкомышечные клетки стенок артерий, а, следовательно, ослабляют их сокращение. Расслабление стенок сосудов снижает сопротивление кровотоку и, значит, способствует снижению артериального давления. Блокаторы кальциевых каналов являются препаратами первого выбора в лечении артериальной гипертензии. Первые блокаторы кальциевых каналов верапамил (калан, верелан, совера-ХС) и нифедипин (прокардия) были синтезированы в 1977 году. В настоящее время широко назначают амлодипин (норваск). Блокаторы кальциевых каналов особенно эффективны при ригидности сосудистых стенок, характерной для пожилых больных. Побочные эффекты: запор, тошнота, головокружение, сыпь, отеки голеней и стоп, а также сонливость.

Лекарства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему

Ренин-ангиотензиновая система (РАС) регулирует артериальное давление с помощью гормональных механизмов. Когда почечные рецепторы улавливают снижение почечного кровотока, почки начинают секретировать в кровь особый фермент – ренин, который, в свою очередь, повышает концентрацию в крови неактивного соединения ангиотензина-1. В легких секретируется еще один фермент (ангиотензинпревращающий фермент, АПФ). Этот фермент превращает ангиотензин-1 в ангиотензин-2, активный гормон, повышающий артериальное давление в результате сильного сужения артерий. Разные лекарства по-разному воздействуют на этот сложный механизм регуляции АД.

Ингибиторы АПФ

Как следует из названия, эти лекарства тормозят выделение АПФ из легких и, таким образом, препятствуют превращению ангиотензина-1 в ангиотензин-2. Названия лекарств этого класса имеют окончание «-прил»: лизиноприл (привинил, зестрил), эналаприл (вазотек) и каптоприл (капотен). Подобно диуретикам и блокаторам кальциевых каналов, ингибиторы АПФ считаются лекарствами первого выбора в лечении больных с артериальной гипертензией. Помимо всего прочего, эти лекарства полезны для больных сахарным диабетом, так как поддерживают функцию почек. (Поражение почек является одним из долговременных осложнений сахарного диабета). Кроме того, ингибиторы АПФ играют важную роль в лечении сердечной недостаточности. Правда, на фоне приема ингибиторов АПФ у 5–25 % больных развивается мучительный сухой кашель. Кроме того, ингибиторы АПФ могут вызывать сыпь, понос, головокружение, головную боль, слабость, повышение концентрации калия в крови и изменения вкуса. Менее распространенным побочным эффектом является ангионевротический отек – отек губ, щек и языка. В некоторых случаях этот ангионевротический отек может быть опасным для жизни.

Блокаторы ангиотензиновых рецепторов

Другим способом затормозить эффект взаимодействия ангиотензина-2 с его рецепторами в стенках артерий – это заблокировать рецепторы. Именно это делают блокаторы ангиотензиновых рецепторов. Названия этих лекарств имеют окончание «-сартан», например, лозартан (козаар), кандесартан (атаканд) и ирбесартан (авапро). Эти лекарства часто назначают в тех случаях, когда больные не переносят ингибиторы АПФ из-за кашля или ангионевротического отека. Правда, блокаторы ангиотензиновых рецепторов тоже могут вызывать эти осложнения, хотя и не так часто. Чаще встречаются другие побочные эффекты: потуральная гипотензия при приеме первой дозы, мышечные судороги, бессонница, нарушения функции печени и снижение количества лейкоцитов в крови.

Ингибиторы ренина

Первые лекарства этого класса были синтезированы в 2000 году. Они связывают ренин и не дают ему стимулировать секрецию ангиотензина-1. Основное лекарство этого типа алискирен (тектурна). Его нельзя принимать с ингибиторами АПФ или с блокаторами ангиотензиновых рецепторов. Побочные эффекты те же, что и у лекарств этих двух классов. Кроме того, ингибиторы ренина могут спровоцировать приступ подагры и способствуют образованию камней в почках.

Подход интегративной медицины к лечению артериальной гипертензии

Если вам сказали, что у вас повышенное артериальное давление, то первым делом надо выяснить, всегда ли оно повышено вне стен лечебного учреждения. Единственный способ – это самому измерять себе АД. В настоящее время надежные и точные электронные приборы для измерения АД можно приобрести в любой аптеке. Купите себе такой прибор и измеряйте себе давление несколько раз в день в разное время. Вы увидите, что величина артериального давления сильно варьирует в течение суток. Через пару месяцев отнесите зарегистрированные вами данные врачу, чтобы вы вместе могли решить, какое лечение вам показано. Если давление не слишком высокое (то есть не превышает 180/100 мм рт. ст.) или если его повышение не сочетается с поражением жизненно важных органов, то ваша задача надолго и надежно его снизить. Возможно, гипертензия и в самом деле молчаливый и при этом очень неторопливый убийца. Всегда есть время поэкспериментировать с образом жизни и другими способами снижения АД, прежде чем прибегать к гипотензивным лекарствам. Если эти меры оказались неэффективными и возникла настоятельная необходимость в приеме лекарств, то попросите врача начать с наименьшей дозы наименее мощного лекарства. Сочетание здорового образа жизни и других способов лечения с лекарствами позволяет обходиться минимально возможными дозами гипотензивных препаратов.

Есть много способов лечения – и предупреждения – повышения артериального давления. Многие из описанных ниже методов позволят снизить хотя бы на несколько миллиметров значения верхнего и нижнего артериального давления, а если вы примените эти методы вместе, то их эффекты сложатся.

Питание

Есть данные, убедительно показывающие, что рекомендации, выработанные в ходе проведения исследования «Диетические подходы к лечению артериальной гипертензии, Dietary Approach to Stop Hypertension, (DASH)» и средиземноморская диета могут способствовать снижению артериального давления. Кроме того, помогает и снижение веса тела. Помогает также употребление в пищу 30 граммов клетчатки в день (приблизительно 14 грамм на каждую тысячу потребленных калорий). Помните, что клетчатке для того, чтобы в полной мере проявить эффект, требуется около восьми недель. Люди, потребляющие много фруктов и овощей, имеют меньше шансов заболеть гипертензией. В нескольких недавно проведенных исследованиях было показано, что употребление в пищу несоленых орехов, особенно фисташек, может снизить артериальное давление. Это касается не только фисташек. Эффективная доза – пригоршня орехов в день.

Способствуют снижению АД также полифенолы, вещества, содержащиеся во многих растениях. Какао и темный шоколад являются хорошими источниками полифенолов, как и виноград. Это означает, что не вредно пить ежедневно красное сухое вино (не больше одного бокала в день, если нет других проблем со здоровьем). Было показано, что красное вино снижает риск заболевания ишемической болезнью сердца. Благоприятное влияние на АД оказывают также омега-3-ненасыщенные жирные кислоты, которых много в мясе питающихся травой животных, в жирной океанической рыбе, в пищевых добавках и некоторых других источниках.

Существует, по-видимому, связь между низким содержанием витамина D в крови (меньше 30 нг/мл) и повышенным риском артериальной гипертензии. Определите в крови уровень витамина D, и если он окажется низким, то принимайте его в виде добавок.

Долгое время считали, что поваренная соль является фактором, отрицательно влияющим на заболеваемость артериальной гипертензией. Исследование, проведенное в 2013 году, показало, что, действительно, уменьшение суточного потребления соли от 9-12 до 5–6 граммов благотворно влияет на заболеваемость гипертензией. Еще лучше ограничить потребление соли до 3 граммов в день. Самый лучший способ уменьшить потребление соли – это перестать есть в ресторанах быстрого питания и потреблять подобную обработанную пищу. Действие натрия противоположно действию калия, поэтому сократить потребление натрия можно, начав есть больше фруктов и овощей, где содержится много калия. Надо иметь в виду, что в целом ряде исследований показано, что соли натрия играют не такую уж большую роль в возникновении и развитии артериальной гипертензии, как думали раньше.

Другие меры по изменению образа жизни

Некоторые факторы образа жизни положительно влияют на уровень артериального давления. Физические упражнения, если заниматься ими разумно, хорошо влияют на здоровье при очень многих заболеваниях, и артериальная гипертензия не является здесь исключением. Немногие проведенные на эту тему исследования говорят о пользе йоги и тай-цзы. Очень важен хороший сон. Давно известно, что недосыпание и плохой сон повышают риск заболевания гипертензией. И, наконец, один из лучших способов снизить артериальное давление (да и вообще улучшить здоровье) – это отказ от курения. В счет идет каждая сигарета. Польза будет даже при сокращении суточного курения всего на одну сигарету.

Релаксация и социальные связи

Обучение методикам релаксации, например, правильному дыханию, медитации и биофидбеку помогает снизить артериальное давление, так как повышает тонус парасимпатического отдела автономной (вегетативной) нервной системы. Эти методы позволяют в среднем снизить показатели систолического давления на 10, а диастолического – на 7 мм рт. ст. при регулярной практике. Проведенные исследования показывают, что люди, ведущие активный образ жизни, много общаются и менее подвержены заболеванию артериальной гипертензией.

Другие нефармакологические методы лечения

Было показано, что ряд полезных пищевых добавок, вероятно, помогает снизить артериальное давление – например, это гибискус, коэнзим Q10, чеснок, магний, а также аминокислота L-аргинин. Сообщают также об успешном лечении артериальной гипертензии по методам древнеиндийской аюрведы и традиционной китайской медицины.

Заключение

В лечении артериальной гипертензии необходимо учитывать неповторимую индивидуальность каждого больного. Врач, прошедший подготовку по интегративной медицине, обследуя больного, всегда соберет подробный анамнез, чтобы понять причину и назначить комплексное лечение, не ограничиваясь выписыванием популярных гипотензивных таблеток. Насколько большую роль играет в данном случае стресс? Живет ли этот человек в условиях непрерывной реакции борьбы или бегства? Какие у него диетические привычки? Как он спит? Не принимает ли он какие-либо популярные, продающиеся без рецепта, лекарства, способствующие повышению артериального давления или соответствующие пищевые добавки – например, средства от простуды, содержащие такие стимуляторы, как фенилэфрин, или такие травы, как эфедра?

Помните, что повышенное артериальное давление – это всего лишь один из многих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, инсульта и других серьезных расстройств здоровья. Лечение гипертензии очень важно при этих заболеваниях, но не следует упускать из вида и такие сопутствующие заболевания, факторы и привычки, как ожирение, сахарный диабет, табакокурение, депрессию и ряд других не менее серьезных заболеваний. Лечение одними лекарствами никогда не сможет по эффективности сравниться с индивидуализированным, грамотным и разумным комплексным лечебным планом. Интегративное лечение может включать лекарства, но никогда не ограничивается ими.

Глава 14. Лекарства для лечения сахарного диабета

Дарла – женщина сорока двух лет, изо всех сил сражающаяся за жизнь, но не в том смысле, как вы можете подумать. Она не находится в отделении интенсивной терапии, привязанная к кровати катетерами, трубками и капельницами. Нет, но Дарла передвигается на инвалидном кресле.

Дарла понимает, что в ее жизни все могло быть и по-другому. По мере того, как она набирала вес, сахар крови тоже медленно полз вверх. Когда ей поставили диагноз «сахарный диабет», она

сначала встревожилась: как это отразится на ее жизни? Но выяснилось, что ничего серьезного не произошло. Она напряженно работала, воспитывала маленьких детей и воевала с мужем. Она никогда не обращала серьезного внимания на здоровье, которое никогда не было для нее приоритетом. Дарла принимала медикаменты, меняла их, но к большим изменениям это не приводило, хотя от некоторых лекарств она испытывала усталость, от других набирала вес и отекала, и, самое главное, все лекарства были довольно дороги.

После того, как очередное лекарство не помогло нормализовать уровень сахара в крови, Дарле назначили инсулин. Было трудно научиться пользоваться шприцами и флаконами, а также постоянно следить за тем, чтобы не пропустить время очередной инъекции. Дарла очень старалась, но дела шли все хуже и хуже. У нее стали сильно болеть суставы, так как она все время травмировала их из-за снижения чувствительности стоп, вызванного постоянно повышенным сахаром крови. Единственным эффективным лечением стал полный покой. Когда-то эта женщина была сгустком энергии, носившимся наперегонки со своими детьми, но теперь ей назначили пользование инвалидным креслом – сначала на три месяца, потом на полгода, а потом и на неопределенное время.

Однажды, когда ей было уже чуть больше сорока, Дарла вдруг ощутила давящую боль в груди. Она отвезла детей в школу, сделала кое-что по дому, но при этом чувствовала, что с ней что-то не так. В отделении скорой помощи Дарле сказали, что у нее инфаркт. Больную перевели в отделение кардиохирургии, где выполнили катетеризацию и поставили в коронарную артерию стент. Это была жизнеспасаящая операция. После выписки из госпиталя Дарла стала получать дополнительно еще четыре лекарства.

Она отчаянно хотела снова встать на ноги и ходить, ей хотелось каким-то образом победить диабет, но теперь она получала очень большие дозы инсулина, от которых возникала свинцовая усталость и увеличивался вес. Каждый раз врач после осмотра назначал все большие дозы инсулина, хотя уровень сахара в крови, несмотря на увеличение дозы, практически стоял на месте. Дарла никак не могла понять, почему все так плохо, и что она могла бы сделать, чтобы улучшить свое состояние.

Что такое «сахарный диабет»?

Сахарный диабет – это заболевание, проявляющееся повышением содержания моносахарида глюкозы в крови. Это заболевание чревато многочисленными осложнениями. Известен сахарный диабет с глубокой древности. Причина диабета – нарушения, связанные с инсулином, гормоном, который вырабатывается поджелудочной железой. Этот гормон контролирует уровень глюкозы в крови и регулирует обмен сахара в организме. В наше время различают два типа сахарного диабета. При диабете 1 типа, аутоиммунном заболевании, которое еще называют «юношеским диабетом», причиной болезни является абсолютный дефицит инсулина; для того, чтобы сохранить таким больным жизнь, им необходимо регулярно вводить инсулин, без которого их жизнь невозможна.

При более распространенном сахарном диабете 2 типа у генетически предрасположенных людей развивается резистентность (пониженная чувствительность) к действию инсулина; как правило, такая резистентность возникает в ответ на неправильное питание и сидячий образ жизни. Есть несколько тактик лечения, которые позволяют смягчить течение диабета, улучшить состояние и даже полностью излечить болезнь при раннем выявлении, особенно если речь идет о так называемом предиабете или о диабете типа 2, когда наилучшие результаты дает изменение образа жизни, касающееся диеты, физических нагрузок и умения справляться со стрессом. К сожалению, большинство больных сахарным диабетом типа 2 даже не догадываются о риске и начинают лечиться только тогда, когда прием лекарств становится горькой необходимостью.

Не будет преувеличением сказать, что сахарный диабет 2 типа в наши дни приобрел характер эпидемии, поразившей население нашей страны (США – прим. ред.). За последние тридцать лет заболеваемость возросла более, чем в четыре раза, и теперь сахарным диабетом 2 типа страдает каждый четвертый американец в возрасте старше шестидесяти пяти лет. В 2000 году в мире было 171 миллион больных, и ВОЗ (Всемирная Организация Здравоохранения) прогнозирует, что к 2030 году их число возрастет до 366 миллионов. Стоимость лечения сахарного диабета в 2007 году составила 174 миллиарда долларов и неуклонно росла все прошедшие годы.

Если среди ваших знакомых нет больных диабетом 2 типа, то несомненно, они скоро появятся.

Сахарный диабет – это тягостное бремя для больного, а подчас и для членов его семьи. Эта болезнь влияет на все аспекты жизни, так как больной часто должен несколько раз в день принимать лекарства, обращать пристальное внимание на то, что он ест, и на то, как он живет. Хуже того, при неадекватном лечении сахарный диабет влечет за собой риск возникновения хронической боли, снижения иммунитета к инфекциям, слепоты, ишемической болезни сердца, почечной недостаточности и других тяжелых осложнений.

По этим причинам врачи очень серьезно относятся к диагностике и лечению сахарного диабета. Страховые компании и плательщики часто оценивают работу медицинских учреждений и отдельных врачей по тому, как они лечат больных с сахарным диабетом. Регулярно для врачей, фельдшеров и медицинских сестер публикуются примерные планы лечения больных с диабетом для того, чтобы оптимизировать лечение. Течение диабета оценивают несколькими способами, включая наблюдение, выявление новых симптомов, лабораторные методы исследования и выявление осложнений. В настоящее время большое значение придают анализу крови на гемоглобин A1C (HbA1C). Этот показатель позволяет оценить среднее содержание глюкозы в крови в течение трех месяцев, предшествовавших проведению анализа. Целевым значением для большинства больных является уровень ниже 7 %. Если значение HbA1C становится ниже 5,7 %, то это означает, что у больного в течение трех месяцев содержание глюкозы в крови было нормальным – как у здорового человека. При оценке результатов этого анализа учитывают колебания на каждую десятую долю процента.

Лекарства от сахарного диабета и их осложнения

После установления диагноза «сахарный диабет» врачи, как правило, назначают лекарства до того, как рекомендуют заняться изменениями образа жизни. Ниже перечислены наиболее часто назначаемые лекарства, их достоинства и недостатки.

Метформин

Это лекарство первого выбора в лечении большинства больных сахарным диабетом. Другие его названия – глукотаз, глюкофаж. Это единственное лекарство своего класса и действует оно, уменьшая продукцию и выделение глюкозы в кровь из печени. Выброс сахара из печени в кровь предохраняет нас от опасного состояния – гипогликемии, быстрого и резкого снижения уровня глюкозы в крови. Метформин также сенсibiliзирует периферические ткани, повышая их чувствительность к инсулину. Так как метформин не вызывает увеличения секреции инсулина, то он не повышает риск развития гипогликемии, характерный для всех других противодиабетических лекарств. Назначают метформин часто, и стоит он сравнительно недорого.

Почти у каждого больного, принимающего метформин, имеют место те или иные побочные эффекты, хотя они редко бывают тяжелыми. В начале лечения почти всегда бывает небольшой понос. То же самое происходит при увеличении дозы. Обычно понос проходит самостоятельно через несколько дней. Редким, но весьма серьезным, осложнением от приема метформина является молочнокислый ацидоз – состояние, при котором в крови накапливается избыток кислоты. Чаще всего молочнокислый ацидоз развивается на фоне поражения почек или применения контрастных веществ, которые вводят больным для контрастирования при проведении КТ и других визуализирующих исследований. По этой причине метформин обычно отменяют сразу после госпитализации. Если прием возобновляют после выписки, то в первые дни снова появляется сильное урчание в животе.

Многие врачи не знают, что метформин вызывает дефицит витамина B12 у трети больных, принимающих это лекарство. На фоне приема метформина надо регулярно контролировать содержание витамина B12 в крови. Неплохо назначать этот витамин профилактически всем больным, принимающим метформин, тем более что передозировок этого витамина не бывает.

Препараты сульфаниламочевины (сульфаниламиды)

Эти препараты стимулируют продукцию и секрецию поджелудочной железой собственного инсулина. Распространенным побочным эффектом является гипогликемия. Увеличение концентрации инсулина в крови приводит к избыточному весу. Сульфаниламиды сравнительно недороги, и их очень часто назначают при сахарном диабете 2 типа. К сульфаниламидам

относятся следующие препараты: глибурид (микроназ, ДиаБета, глиназе) и глипизид (глюкотрол).

На фоне приема сульфаниламидов нередко возникают разнообразные трудности. Помимо того, что эти лекарства могут привести к некоторому ожирению, у разных больных отмечают неодинаковую реакцию на них. Одним из серьезных осложнений является «истощение» поджелудочной железы, наступающее вследствие ее постоянной стимуляции, так как железе приходится вырабатывать инсулина больше, чем требуется организму. Кроме того, сульфаниламиды взаимодействуют с другими сахароснижающими лекарствами и травами, и врачи должны при назначении лечения учитывать этот риск.

Тиазолидиндионы

Тиазолидиндионы – лекарства, назначаемые как для профилактики, так и для лечения сахарного диабета. Чаще всего больным назначают розиглитазон (аванидия) и пиоглитазон (актос). Лекарства этого класса повышают чувствительность тканей к инсулину и снижают концентрацию циркулирующих в крови свободных жирных кислот, которые непосредственно влияют на обмен глюкозы. В прошлом эти лекарства назначали очень часто, но теперь, из-за риска побочных эффектов, они вышли из моды.

История применения тиазолидиндионов весьма поучительна. Вскоре после их введения в клиническую практику появились сообщения о появлении отеков на ногах и ухудшении течения застойной сердечной недостаточности, серьезного расстройства, при котором сердце теряет способность эффективно прокачивать кровь по сосудам. После этого было обнаружено, что лекарства этого класса повышают риск заболевания раком мочевого пузыря.

Но и это не все. В 2007 году обзор работ, посвященных изучению безопасности приема розиглитазона потряс медицинский мир. Известно, что диабетики отличаются большой склонностью к заболеваниям сердца, а данные обзора указывают на то, что прием розиглитазона еще больше повышает риск инфаркта миокарда. Учитывая серьезность проблемы, врачи и больные стали массово отказываться от назначения и приема тиазолидиндионов. Европейское медицинское агентство, аналог американского Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств, запретило рекламу этих средств. Последующие работы указывали на то, что опасения оказались несколько преувеличенными, но сомнения остаются, и назначение розиглитазона стало теперь большой редкостью.

Инкретины

Это совершенно новый класс лекарственных средств для лечения сахарного диабета. Эти лекарства стимулируют секрецию поджелудочной железой собственного инсулина, но только в ответ на прием пищи, богатой легкоусвояемыми крахмалами или сахаром. Кроме того, эти лекарства замедляют эвакуацию пищи из желудка и подавляют секрецию глюкагона, другого панкреатического гормона, который действует противоположно инсулину и повышает содержание глюкозы в крови. В настоящее время инкретины стали достаточно популярными, особенно после того, как врачи стали отказываться от назначения истощающих поджелудочную железу сульфаниламидов и потенциально токсичных тиазолидиндионов. К лекарствам класса инкретинов относятся следующие препараты: ситаглиптин (янувия), саксаглиптин (онглиза), эксенадин (баетта, бидурион) и лираглутид (виктоза, саксенда). Все эти лекарства дороги, но многие страховые компании охотно оплачивают большую часть их стоимости.

Главное побочное действие инкретинов – снижение веса, что неплохо для диабетиков, страдающих его избытком. Звучит слишком красиво, чтобы быть правдой? Естественно, да. Инкретины, кроме этого, вызывают тошноту и понос, а также гипогликемию, особенно если их назначают вместе с другими сахароснижающими лекарствами. Наиболее серьезным осложнением является панкреатит, потенциально смертельное воспаление поджелудочной железы. Было также высказано предположение о том, что инкретины повышают риск заболевания раком поджелудочной железы, но сторонники их назначения в ответ утверждают, что и сам сахарный диабет повышает этот риск. В опытах на животных было показано, что инкретины провоцируют рак щитовидной железы.

Несмотря на все эти риски и побочные эффекты инкретины в настоящее время назначают в случаях неэффективности приема метформина до того, как перевести больного на инъекции инсулина.

Инсулин

Инсулин был получен в виде чистого препарата в начале двадцатого века. Вскоре после этого двое ученых, выделивших инсулин, Фредерик Бантинг и Джон Маклеод, получили Нобелевскую премию по физиологии и медицине. Введение в клиническую практику инсулина для лечения сахарного диабета 1 типа (обусловленного абсолютным дефицитом собственного инсулина) спасло миллионы жизней, так как до открытия и получения инсулина диагноз «сахарный диабет» был равнозначен смертному приговору.

В наше время инсулин широко применяют и при сахарном диабете 2 типа в случаях, когда назначение других антидиабетических средств оказывается неэффективным. Стоимость препаратов инсулина варьирует в зависимости от формы выпуска: есть инсулины ультрапродолжительного, продолжительного, обычного, короткого и ультракороткого действия. Инсулин вводят в виде инъекций или с помощью инсулинового насоса, присоединенного к трубке с иглой, постоянно введенной под кожу. Инсулин в большинстве штатов продается в аптеках без рецептов, хотя в других штатах может требоваться рецепт. Обычно инсулин дозируют так, чтобы его дозы соответствовали калорийности пищи и содержанию в ней углеводов. Кроме того, дозировка инсулина зависит от уровня физической активности пациента.

Больные, получающие инсулин, должны тщательно следить за уровнем сахара в крови в течение всего дня. При передозировке инсулина может развиваться гипогликемия, потенциально опасная для жизни, если снижение уровня сахара окажется большим. Все пациенты, получающие инсулин, прибавляют в весе. По иронии судьбы это означает, что потребность в инсулине у них растет. Зачастую развивается порочный круг: назначение инсулина, прибавка в весе, увеличение дозы инсулина, снова прибавка в весе. Это приводит к разочарованию и растерянности больного.

Подход интегративной медицины к лечению сахарного диабета

Учитывая недостатки всех современных медикаментозных методов лечения диабета, многие больные, при наличии подходящей альтернативы, с радостью отказались бы от лекарств.

В самом деле, достижение нормального состояния (ремиссии) при сахарном диабете 2 типа вполне возможно – если болезнь протекает не слишком тяжело. Каждый больной сахарным диабетом должен тщательно соблюдать богатую клетчаткой и овощами диету с исключением сахара и искусственных его заменителей. Необходимо стремиться к достижению нормального веса тела, потому что его избыток или ожирение препятствуют надежной компенсации углеводного обмена при диабете. Для того, чтобы осознанно похудеть, надо знать сахарную ценность всех видов пищи, и избегать блюд, которые вызывают резкие, кратковременные подъемы уровня глюкозы в крови после еды. (Есть много книг и других источников, посвященных определению гликемического индекса разных продуктов питания, например, книга Дженни Бранд-Миллер *The New Glucose Revolution for Diabetes* («Новая глюкозная революция в лечении диабета») или сайт health.harvard.edu/healthy-eating/glycemic_index_and_glycemic_load_for_100_foods).

Регулярные физические нагрузки полезны всем, но в особенности они важны для больных, страдающих сахарным диабетом. Физические нагрузки не только помогают снижать уровень сахара в крови, но и способствуют уменьшению риска некоторых серьезных осложнений этого заболевания, в частности – сердечно-сосудистых. Программа-минимум – это два с половиной часа занятий аэробной гимнастикой в неделю. Критерием адекватной нагрузки служит невозможность разговаривать в процессе выполнения упражнений. Те, у кого нет опыта занятий спортом, должны приступать к нагрузкам постепенно, лучше под руководством тренера или специалиста по лечебной физкультуре. Аэробные упражнения полезно дополнять легкими упражнениями из тай-цзы или йоги.

После того, как соблюдение диеты и занятия физкультурой входят в привычку, надо подумать о приеме добавок и природных средств, которые снижают содержание сахара в крови и предупреждают развитие осложнений сахарного диабета. В этот список включены следующие средства:

- Альфа-липоевая кислота: это соединение само по себе не снижает концентрацию глюкозы в крови, но зато помогает восстановить чувствительность тканей к инсулину и эффективно предупреждает одно распространенное осложнение – диабетическую полинейропатию,

проявляющуюся болью и онемением в стопах и голени. Рекомендуемые дозы от 600 до 1200 мг в сутки.

- Капсаицин: препарат для наружного применения; представляет собой экстракт красного перца. Полезен при полинейропатии. Мазь надо накладывать на ноги (стопы и голени) регулярно четыре раза в день.

- Берберин: это соединение содержится в ряде растений (например, магония падуболистная, *Mahonia aquifolium*). Берберин способствует нормализации содержания глюкозы в крови и помогает остановить развитие диабетической ретинопатии – поражения сетчатки, которое может привести к слепоте. Рекомендуемые дозы – 200–300 мг от двух до четырех раз в сутки. Необходимо удостовериться, что вы не принимаете лекарств, взаимодействующих с берберинном. Препарат нельзя принимать во время беременности.

- Хром: этот неорганический элемент помогает непосредственно снижать уровень сахара в крови, а также снижает содержание HbA1C в среднем на 0,6 %. Рекомендуемая доза – 1000 мкг в виде хелированного препарата. Нельзя превышать рекомендуемую дозу, так как возможно токсическое воздействие на почки и печень.

- Корица: известна больше как пряность и приправа, но при приеме 1000 мг три раза в день снижает концентрацию глюкозы в крови.

- Магний: магний – это ион, который в относительно больших количествах содержится в организме и играет многообразную роль в обмене веществ и поддержании нормальных функций организма. При сахарном диабете может возникнуть дефицит магния. Восполнение этого дефицита помогает снижать уровень сахара и артериальное давление. Начинать надо с дозы 300–600 мг в сутки в виде хелата или глюконата магния для предупреждения жидкого стула.

- Горькая тыква: принимают ее в виде экстракта незрелого растения (*Momordica charantia*). Это растение входит в состав кулинарных рецептов китайской, индийской и восточноазиатской кухни. Помогает снижать концентрацию глюкозы в крови.

- Опуncia (*Opuntia spp.*): экстракты из плодов и колючек кактуса. Издавна применялась в традиционной мексиканской медицине для лечения сахарного диабета, так как экстракты обладают свойством снижать уровень сахара крови.

Интегративный подход к лечению сахарного диабета использует такие методы борьбы со стрессом, как прогрессивная мышечная релаксация, наведенные образы, сосредоточенная медитация и гипноз.

Многое можно позаимствовать у традиционной китайской медицины и аюрведы, так как эти системы лечения накопили большой опыт в лечении этого, известного с незапамятных времен, заболевания.

Заключение

Осложнения сахарного диабета 2 типа могут быть весьма тяжелыми, и это очень печально, потому что эту болезнь можно предотвратить. Стандартная, обработанная разнообразными химикатами пища и сидячий образ жизни повышают риск, и все больше и больше людей заболевают сахарным диабетом 2 типа.

Лекарства от диабета нужны, и еще долго будут нужны, но все они чреваты побочными эффектами, дорого обходятся, и самое главное этого можно избежать, соответствующим образом изменив образ жизни. Наша система здравоохранения и общество в целом должны всячески пропагандировать здоровый образ жизни, делать его более доступным и дешевым (например, субсидируя, в большей степени, производителей фруктов и овощей, а не производителей зерна). Изменив диету, занимаясь физическими упражнениями, научившись бороться со стрессом и принимая по показаниям природные средства, большинство людей, страдающих недавно выявленным или мягко протекающим сахарным диабетом 2 типа, смогут добиться полной ремиссии, а те, кто не может обходиться без лекарств, смогут свести их прием к минимуму.

Глава 15. Лекарственное лечение остеопении и других предзаболеваний

«Предзаболевание» – это относительно новая медицинская концепция, улучшающая рыночные перспективы Большой Фармы и резко увеличившая число людей, принимающих

лекарства. Диагноз предзаболевания ставят на основании аномальных результатов лабораторных исследований, которые, как утверждают авторы и поборники концепции, позволяют надежно предсказать возникновение серьезных заболеваний, если не начать фармакологическое лечение. В настоящее время многие принимают выписанные врачами лекарства по поводу предгипертензии, предиабета и остеопении (недавно придуманный термин для обозначения «предостеопороза»). Однако насколько оправданы эти диагнозы и допущение того, что предзаболевание будет непременно прогрессировать без лекарственного лечения?

Проблемы со здоровьем начались у Цецилии в возрасте сорока двух лет с наступлением преждевременной менопаузы. Через несколько лет, когда Цецилии было уже сорок семь, ей сделали денситометрию (определение плотности костной ткани) и выявили остеопению, то есть разрежение костей, которое иногда предшествует развитию клинически явного остеопороза. У лиц, страдающих остеопорозом, повышен риск переломов бедра, запястий и позвоночника. Несмотря на то, что кости Цецилии не были хрупкими, их плотность все же была ниже общепринятой нормы. Врач посоветовал продолжить прием гормональных препаратов, чтобы предупредить дальнейшую потерю костной ткани. Правда через пару лет гормоны все же отменили, потому что было установлено, что они повышают риск некоторых заболеваний.

После отмены гормонов врач назначил Цецилии алендронат (фосамакс) – лекарство класса бифосфонатов. Это лекарство действительно остановило потерю костной ткани, но еще через несколько лет, когда Цецилия прибавила в весе, у нее начались неприятные расстройства. Сначала ее стала беспокоить нечасто возникавшая тошнота. Затем, несмотря на тщательное соблюдение инструкции «запивать лекарство полным стаканом воды и находиться в вертикальном положении в течение получаса до завтрака», тошнота стала появляться все чаще, а потом к ней присоединилась изжога. Эта изжога не прошла и после того, как ей уменьшили дозу алендроната и дополнительно назначили антациды и лекарства, блокирующие образование в желудке соляной кислоты. Потом назначили другие бифосфонаты, но симптомы продолжали прогрессировать. В конечном счете после проведения гастроскопии было выявлено воспаление и изъязвление пищевода. После этого врачи предложили Цецилии перейти на прием других лекарств (ралоксифен) или на внутривенное введение бифосфоната. Узнав, что и эти лекарства чреваты побочными эффектами и осложнениями, Цецилия в поисках нефармакологической альтернативы обратилась к специалистам по интегративной медицине.

Новый врач постарался вникнуть в причины остеопении. Выяснилось, что у больной очень низкое содержание в крови магния и витамина D, и что больная потребляет с пищей мало кальция. Цецилии посоветовали есть больше зелени, орехов, бобовых, продуктов из сои (соевое молоко, соевые орехи, эдамам, тофу, темпе), йогурта и высокосортного сыра. На фоне приема добавок у больной нормализовалось содержание в крови магния и витамина D. Цецилия сократила потребление вина, так как доза, превышающая два бокала в день, отрицательно сказывается на здоровье женских костей. Цецилия начала заниматься упражнениями с отягощением и упражнениями на сопротивление. В течение следующих месяцев показатели денситометрии стабилизировались, и в настоящее время нет никаких данных о том, что остеопения прогрессирует, и что женщине грозит остеопороз.

Распространенные предзаболевания, по поводу которых назначают лекарственное лечение

На примере истории Цецилии важно понять, что остеопения – это не истинная болезнь, это – предзаболевание. Всемирная Организация Здравоохранения определяет остеопению как снижение плотности костной ткани на 1,0–2,5 единицы от средних значений, характерных для здоровых молодых людей (в возрасте от 18 до 35 лет). Измерения обычно проводят на бедренных костях и позвоночнике с использованием метода двойного поглощения рентгеновских лучей. На основании такого определения половина женщин и треть мужчин старше пятидесяти лет попадают в категорию страдающих остеопенией.

У лиц с остеопенией не всегда может развиваться остеопороз, настоящее заболевание, характеризующееся очень низкой плотностью костной ткани – снижением в сравнении с нормой более чем на 2,5 единицы стандартного отклонения. Более 10 миллионов американцев страдают

остеопорозом – заболеванием, характеризующимся повышенной хрупкостью костей, которая ведет к переломам, сильной боли, уменьшению роста и преждевременной смерти.

Остеопению и остеопороз диагностируют, определяя плотность костной ткани, то есть содержание в ней неорганических веществ. Но предрасположенность к переломам определяется не только плотностью, но и прочностью кости, ее эластичностью и другими факторами. Более адекватным является предложенный Всемирной Организацией Здравоохранения метод определения риска переломов, который позволяет предсказать вероятность перелома у данного человека в течение следующих десяти лет. Помимо плотности костной ткани, метод предусматривает оценку и таких параметров, как возраст, пол, вес тела, семейный анамнез, курение, потребление алкоголя, наличие переломов в анамнезе, прием лекарств, а также наличие сопутствующих заболеваний.

В отличие от больных остеопорозом, у лиц с диагностированной остеопенией риск переломов существенно ниже, а также отсутствуют признаки прогрессирования потери костной ткани. Тем не менее этим людям назначают мощные лекарства, прием которых чреват серьезными побочными эффектами. Почему так происходит? Это хороший вопрос, тем более, что существуют более безопасные и эффективные альтернативные методы профилактики остеопороза.

Надо сказать, что в этом отношении остеопения отнюдь не уникальна.

Сильнодействующие лекарства часто используются для лечения ряда других предзаболеваний. В этот список входит предгипертензия, пограничное состояние, которым, как считают, страдает каждый третий взрослый американец, и при котором назначают гипотензивные лекарства; сюда же относится и предиабет – состояние, характеризующееся слегка повышенным содержанием глюкозы в крови. Даже небольшие когнитивные нарушения сейчас склонны толковать как состояние, предшествующее болезни Альцгеймера и требующее назначения лекарственных препаратов. Надо задать себе вопрос: не слишком ли сильно мы злоупотребляем лекарствами?

Для того, чтобы ответить на него, нужно внимательно присмотреться к лекарствам, которые назначают при выявлении остеопении. Лекарства, выписываемые врачами при предгипертензии и предиабете, в принципе те же, что назначают при гипертензии и диабете, а их мы рассмотрели в главах 13 и 14. Лечение предгипертензии и предиабета я коснусь в заключительных двух разделах этой главы.

Лечение остеопении бифосфонатами

Для лечения остеопении и профилактики остеопороза назначают несколько лекарств. Бифосфонаты считаются самыми эффективными препаратами первого выбора, и их чаще всего рекомендуют принимать при остеопении. Другими лекарствами, одобренными Управлением по контролю пищевых продуктов и лекарств, являются модуляторы эстрогенных рецепторов и сами эстрогены.

Бифосфонаты были впервые синтезированы в самом конце девятнадцатого века. Вначале их использовали исключительно в текстильной промышленности, а также для смягчения воды и предупреждения образования кальциевого налета в водопроводных трубах. Как лекарственные препараты бифосфонаты не использовались до шестидесятых годов двадцатого века, когда было изучено одно из этих веществ – этидронат (дидронел) – которое предполагали использовать для предупреждения образования зубного налета. С этой целью бифосфонаты практически никогда не использовали, но нашли для них иное клиническое применение. Было показано, что бифосфонаты эффективны при некоторых заболеваниях костей, и их стали назначать при болезни Педжета, миеломной болезни и костных метастазах раковых опухолей. В середине восьмидесятых годов их испытали как лечебное средство при остеопорозе у женщин, страдающих климактерическими расстройствами. Было обнаружено, что бифосфонаты способствуют укреплению костей и снижают риск переломов. По мере синтеза новых препаратов этого класса, их стали назначать и мужчинам, страдающим остеопорозом, а также всем больным с повышенным содержанием кальция в крови и больным, принимающим разрушающие кости кортикостероиды. В наше время бифосфонаты назначают и детям, страдающим несовершенным остеогенезом.

Все эти заболевания имеют нечто общее: у больных происходит интенсивное разрушение костной ткани. В костях содержатся клетки, называемые остеобластами – эти клетки отвечают за новообразование, то есть восстановление костной ткани, а также другие клетки – остеокласты, которые отвечают за разрушение и резорбцию костей. На месте отмершей кости остеобласты формируют новую кость. Для оптимального состояния костей важно, чтобы активность остеобластов и остеокластов находилась в равновесии. Десятилетия интенсивных исследований показали, что бифосфонаты играют роль веществ, подавляющих разрушение и резорбцию костной ткани. Когда организм пытается разрушить кость, содержащую бифосфонаты, они выступают на поверхность и инактивируют остеокласты, не давая им разрушать и резорбировать костную ткань.

В настоящее время бифосфонаты широко назначают для лечения остеопении и остеопороза. В нескольких исследованиях было показано, что ежедневный прием таких бифосфонатов, как алендронат (фосамакс) и ризедронат (актонель) – ежедневно, один раз в неделю или в месяц – снижает риск переломов шейки бедра и позвоночника. При этом, прием ибандроната (бонвива) при приеме внутрь ежедневно или ежемесячно или в форме внутривенных инъекций предупреждает только переломы позвоночника. Другой бифосфонат, золедроновую кислоту (зомету), вводят внутривенно один раз в один – два года для профилактики переломов шейки бедра и позвоночника. Стоимость лечения варьирует от 600 до 2400 долларов в год при приеме внутрь и от 1000 до 2000 долларов при внутривенном введении.

Осложнения от приема бифосфонатов

У этих лекарств множество серьезных побочных эффектов. Прием бифосфонатов внутрь часто вызывает такие симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта, как тошнота, боль в животе, нарушения пищеварения, изжога, воспаление и изъязвление пищевода. Во избежание этих осложнений лекарство рекомендуют принимать натощак, запивая стаканом воды, а затем больной не должен ложиться или принимать пищу в течение тридцати минут. Для облегчения этих симптомов лекарство часто назначают с интервалами в неделю или месяц, или вводят внутривенно. Другими осложнениями могут стать снижение концентрации кальция в крови, поражения почек, а также нечеткость зрения и боль в глазах. Может возникать постоянная боль в костях. Кроме того, у многих больных на фоне приема бифосфонатов поднимается температура и возникает гриппоподобная симптоматика, которая может держаться в течение нескольких дней после внутривенного введения лекарства. Некоторые исследования показывают, что на фоне приема бифосфонатов повышается риск заболевания раком пищевода и фибрилляции предсердий (нарушения сердечного ритма, которое прежде называли мерцательной аритмией).

Среди многих побочных реакций надо особо выделить атипичные переломы бедра. Да, это не опечатка: бифосфонаты могут спровоцировать переломы, для профилактики которых их, собственно, и назначают. Как и отчего это происходит? Исследования показывают, что длительный прием бифосфонатов приводит к блокаде новообразования костной ткани и к ее «замораживанию». В норме новообразование костной ткани сопряжено с ее разрушением и резорбцией. Поэтому средства, блокирующие разрушение костной ткани, одновременно нарушают ее новообразование. Именно это и происходит на фоне приема бифосфонатов: они подавляют резорбцию костной ткани, но одновременно нарушают и ее новообразование. Кость перестает восстанавливаться и становится непрочной и слабой, повышается ее хрупкость, а значит, возникает и риск перелома. Линии таких переломов направлены перпендикулярно длинной оси бедренной кости и случаются в местах наибольшей толщины кортикального слоя. Это характерный признак перелома у человека, принимающего бифосфонаты. У людей, не принимающих бифосфонаты, такие переломы случаются крайне редко. Атипичные переломы иногда распознают не сразу, поэтому и лечить начинают с опозданием. Кроме того, атипичные переломы часто требуют хирургического лечения.

Возникновение «замороженной» кости может привести к очень тяжелому и даже пугающему осложнению – остеонекрозу (омертвлению) нижней челюсти. Это осложнение проявляется болью, инфицированием кости и переломами челюсти. Помимо этого, остеонекроз плохо поддается лечению. На фоне приема бифосфонатов это осложнение встречается редко, но его наблюдают приблизительно у 10 % больных, которым бифосфонаты вводят внутривенно по поводу рака костей. Другими факторами повышенного риска остеонекроза нижней челюсти

являются поражения зубов, их удаление, установление имплантов, неудачное протезирование, прием кортикостероидов и курение.

В свете возможности этих серьезных осложнений многие специалисты рекомендуют ограничивать прием бифосфонатов сроком от трех до пяти лет. После перерыва лечение можно возобновить. Необходимо также учитывать возможность лекарственного взаимодействия. Бифосфонаты неблагоприятно взаимодействуют со многими лекарственными веществами: поливитаминами, добавками, содержащими кальций, магний или железо, а, кроме того, прием бифосфонатов несовместим с употреблением в пищу некоторых продуктов и напитков.

И, наконец, существует концепция «числа людей, нуждающихся в лечении». Это означает, что необходимо четко определить контингент больных, которым показано лечение бифосфонатами, а затем определить срок лечения и цель, которой хотят достичь. Число баллов эффективности лечения, призванного предупреждать переломы шейки бедра на фоне приема в течение трех лет, следующее: витамин D – сорок пять, ранелат стронция – сорок восемь, бифосфонаты – девяносто один. Чем меньше баллов, тем выше эффективность. Для лечения такого предзаболевания, как остеопения, баллы эффективности очень высокие, а это значит, что при остеопении бифосфонаты не слишком эффективны.

Другие фармакологические средства лечения остеопении

Для лечения остеопении врачи назначают и некоторые другие средства, помимо бифосфонатов. Селективные модуляторы активности эстрогенных рецепторов уменьшают риск переломов позвоночника, но не влияют на риск перелома шейки бедра. Самым популярным из этих средств является ралоксифен (эвиста); этот препарат оказывает гормонально-подобное действие, ограничивающее потерю костной ткани. Кроме того, лекарство уменьшает риск заболевания раком молочной железы. К побочным эффектам относят приливы, усиление склонности к образованию тромбов и повышение риска инсульта. По цене ралоксифен сопоставим с препаратами бифосфонатов для приема внутрь. Еще одним лекарством, которое много лет назначают женщинам для предупреждения остеопороза, является женский гормон эстроген. Несмотря на то, что эстроген снижает риск переломов шейки бедра и позвоночника, есть данные, указывающие на то, что побочные эффекты – усиление образования тромбов и повышение риска инсульта – перевешивают пользу от его назначения. В результате многие врачи не назначают эстроген при одной только остеопении; обычно гормон назначают при сопутствующих симптомах менопаузы – например, при приливах. Если гормон все же назначают, то предпочтительнее назначать его в виде кожных аппликаций, так как при таком применении он вызывает меньше побочных эффектов и сочетается с меньшим риском характерных осложнений.

Подход интегративной медицины к лечению остеопении

Так как остеопения лишь предшествует реальному заболеванию и отнюдь не во всех случаях, врачи, занимающиеся интегративной медициной, в начале лечения не прибегают к автоматическому назначению фармакологических средств. Эффективными средствами предупреждения прогрессирования остеопении и возникновения остеопороза являются меры по изменению образа жизни и диеты.

Сбалансированная диета – это ключ к решению проблем, связанных с потерей костной ткани. В пищевой рацион непременно должны ежедневно входить 4–5 овощных блюд и 3–4 фруктовых. В овощах и фруктах содержится много полезных для костей веществ – кальций, магний, калий и витамины В, С и К. Для поддержания крепости костей и их способности к восстановлению необходимы белки в адекватном количестве. Белки можно получать из таких продуктов, как мясо птицы, яйца, молочные продукты, рыба и постное мясо, а также и из растительных продуктов – сои и других бобовых, орехов, семян и цельных злаков. Цельная соя оказывает благотворное действие на плотность костей.

Кальций необходим для поддержания здоровья костей; дефицит кальция в организме неизбежно приводит к потере костной ткани. Надо стараться получать кальций исключительно из пищевых источников. Лучший источник – молочные продукты, зелень, водоросли, консервированная с костями рыба, орехи, семечки и бобы. Прежде чем начать принимать пищевые добавки, посоветуйтесь с врачом. Лучше всего в кишечнике усваивается цитрат кальция, в особенности это касается пожилых людей, а также больных с пониженной

кислотностью желудочного сока или получающих препараты, снижающие кислотность. Для эффективного усвоения принятого внутрь кальция необходимо нормальное содержание в крови витамина D.

Не следует забывать и о магнии. Это неорганическое вещество является одним из основных элементов структуры костной ткани, но многие люди получают с пищей недостаточно магния. Очень важную роль в поддержании здоровья костей играют такие следовые минеральные вещества, как бор, цинк, марганец, селен и кремний. Получать эти вещества в достаточном количестве можно, употребляя в пищу зелень, цельные злаки, орехи, семечки и бобы, а также принимая соответствующие пищевые добавки. Проведенные исследования указывают на то, что следовой элемент стронций стимулирует новообразование костей и эффективно предупреждает потерю костной ткани. Наиболее изученная лекарственная форма стронция – его ранелат, как было показано, слегка повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Этот препарат отсутствует в продаже в США, но есть другие лекарственные формы стронция; правда их надежность и безопасность пока не изучены.

В крови у больных с остеопенией обычно снижено содержание нескольких витаминов. Витамин С, содержащийся в цитрусовых и помидорах, укрепляет белок коллаген, образующий остов костей. Ключевая роль витамина D в поддержании здоровья костей документально подтверждена многими исследованиями. Адекватные количества этого витамина необходимы для всасывания кальция в кишечнике. Витамин D предупреждает переломы костей от падения у пожилых людей, если не принимать его в избыточных количествах. Для оценки необходимо регулярно проверять содержание витамина в крови. Если витамина не хватает, поговорите с врачом; возможно вам надо назначить дополнительный прием витамина D3, той его формы, которая известна под название холекальциферол. Холекальциферол синтезируется в организме под влиянием солнечного света. Достаточно побыть на открытом солнце пятнадцать минут в день. Витамин K2 направляет кальций в кости и препятствует его отложению в стенках артерий. Бактерии, обитающие в кишечнике, синтезируют витамин K2, но с возрастом его становится меньше. Лучшие источники витамина K2 – кисломолочные продукты и продукты из цельной сои, а также соответствующие пищевые добавки.

Помимо качественной еды кости нуждаются в физической нагрузке. Исследования показывают, что такая нагрузка, как ходьба, способствуют повышению плотности костной ткани в бедренных костях и позвоночнике. Такие упражнения, как поднятие тяжестей или ритмическая гимнастика, тоже стимулируют новообразование костей. Устранение опасных предметов из помещений дома, гимнастика тай-цзы, йога или даже просто стояние на одной ноге уменьшают риск падений.

Кроме того, обратите внимание на яды, подрывающие здоровье костей. Яд номер один – это табачный дым. Если вы курите, посоветуйтесь с врачом о том, как отказаться от этой вредной привычки. Избыточное потребление алкоголя тоже очень вредит костям. Женщины, выпивающие в день больше двух бокалов вина и мужчины, выпивающие в день больше четырех, имеют повышенный риск патологических переломов. Опасными являются также содержащие кофеин напитки. Риск может повыситься при употреблении в день больше двух с половиной чашек кофе или пяти чашек чая. Последнее по перечислению, но не последнее по значению место в этом списке занимают лекарства. Поговорите с врачом о смене назначенных лекарств, если известно, что они усугубляют потерю костной ткани. Самыми распространенными лекарствами такого типа являются кортикостероиды, фенитоин, литий, ингибиторы протонной помпы, тамоксифен и гормоны щитовидной железы в избыточном количестве.

Подход интегративной медицины к лечению других предзаболеваний

Интегративная медицина предлагает свой подход и к лечению других предзаболеваний, помимо остеопении. При предгипертензии, пограничном состоянии, характеризующемся небольшим и нестойким повышением артериального давления, поражающем в настоящее время миллионы людей, помогает снижение веса тела, умеренные физические нагрузки, релаксационные методики, изменения диеты и специфические пищевые добавки. У лиц с предиабетом уровень сахара в крови выше, чем в норме, но ниже, чем при развернутом диабете. Проведенные исследования показывают, что диета и регулярные физические нагрузки вдвое

эффективнее, чем метформин (глюкофаж, глюметза), предупреждают переход предиабета в истинный сахарный диабет (58 % при изменении образа жизни, и 31 % при назначении метформина). Хорошо помогают пищевые добавки, такие как хром, магний, берберин и альфа-липоевая кислота, а также такие снижающие уровень сахара в крови травы, как горькая тыква и опунция. Подробности интегративного подхода к лечению этих предзаболеваний можно найти в главах 13 и 14.

Заключение

Наша система здравоохранения на каждую дулю находит пилюлю. Лекарства выписывают как при развернутых заболеваниях, так и при состояниях, которые с некоторой вероятностью, но отнюдь не всегда, могут перейти в них. Фармацевтические компании усиленно пропагандируют понятие о предзаболевании среди врачей и больных, чтобы продавать больше лекарств.

У большинства людей с остеопенией показатели денситометрии не указывают на повышенный риск переломов. Эти люди не нуждаются в лекарственной терапии, так как риск от приема перевешивает пользу. Я назначаю лекарства профилактически только в тех случаях, когда показатели денситометрии говорят о повышенном риске переломов или если у больного в анамнезе частые переломы.

И последнее, но очень важное соображение: установление диагноза предзаболевания может вызвать у человека ненужную тревогу. Я часто вижу больных, не на шутку испуганных диагнозами типа «остеопения» или «предиабет». Эти люди сфокусированы на диагнозах, что мешает им обратить пристальное внимание на способы улучшения жизненно важных привычек. Для того, чтобы достичь этой цели, я советую пациентам сотрудничать с врачами, имеющими опыт в профилактике заболеваний. Помните, что если вам поставили диагноз какого-либо предзаболевания, то это не значит, что вы обречены заболеть им и пожизненно принимать лекарства. Многим людям с диагностированным предзаболеванием удастся путем полезных изменений образа жизни остановить прогрессирование предзаболевания и даже обратить его вспять.

Глава 16. Избыточное лекарственное лечение детей

По некоторым оценкам, в 2010 году детям и подросткам в США было выписано 263,6 миллиона рецептов. Позвольте мне рассказать истории двух юных пациентов, которые наглядно демонстрируют недостатки и опасности такого избыточного лекарственного лечения.

Ким

Ким, двухлетнюю девочку, принесла в отделение детской неотложной помощи бабушка. Девочка пребывала в крайнем возбуждении и непрерывно кричала в течение предшествовавших шести часов, сводя бабушку с ума. Тем утром родители Ким уехали в путешествие и были недосыгаемы. На тельце девочки не было следов травм или физического насилия, и бабушка целый день не спускала с нее глаз. Ким получала последние таблетки амоксициллина по поводу острой респираторной инфекции, но в остальном была вполне здоровым ребенком. При осмотре не удалось выявить ничего выходящего за пределы нормы, если не считать сильного возбуждения. Результаты анализов крови, рентгенографии и КТ головы оказались нормальными, как и данные спинномозговой пункции, которую сделали для того, чтобы исключить серьезную инфекцию или травму головы. Результаты токсикологического анализа мочи оказались настораживающими. В моче были выявлены четыре лекарственных вещества: гвиафенезин (отхаркивающее), декстрометорфан (противокашлевое средство), фенилэфрин (стимулятор и антиконгестант), а также ацетаминоен (тайленол). О побочных действиях и осложнениях от приема этих лекарств много говорилось в главе 5. Родители Ким дали ребенку большие дозы всех этих безрецептурных средств, прежде чем отдать ее бабушке перед отъездом. Девочку госпитализировали в педиатрическое отделение для наблюдения. Возбуждение прошло только через сутки.

Избыточное лечение детей лекарствами от простуды

Каждое из лекарств, обнаруженных в организме Ким, весьма популярно и находится в свободной продаже. Все эти средства содержат смесь лекарственных ингредиентов, алкоголя,

сахара, искусственных красителей и приносят миллионные прибыли производящим их компаниям, так как их массово покупают родители, чтобы лечить детей. Эти лекарства остаются весьма популярными, несмотря на то, что в 2007 году их запретили назначать и давать детям в возрасте до двух лет из-за серьезных потенциальных осложнений. Несмотря на то, что Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США совместно с Американской Педиатрической Академией не рекомендует давать эти лекарства и детям в возрасте от 2 до 6 лет, прием таких средств в данной возрастной группе за последние годы увеличился.

Родители обычно дают эти лекарства детям для того, чтобы облегчить заложенность носа, подавить кашель и снизить температуру. Легкая доступность и яркие упаковки обманчиво гарантируют безопасность приема. Тем не менее в докладе Американской Ассоциации по контролю ядов средства, продающиеся в аптеках без рецепта, названы в числе трех главных причин смерти среди детей в возрасте до пяти лет.

Большая частота насморка среди детей и потенциальная токсичность свободно продающихся лекарств, которые обычно используют для его лечения, должны заставить нас обратить особо пристальное внимание на нефармакологические методы лечения. Сначала надо ознакомиться с тем, какие ингредиенты входят в то или иное лекарство от простуды, кашля и насморка. Как было сказано в главе 5, гваифенезин неэффективен; большие рандомизированные исследования показали, что он не помогает отхаркивать мокроту. Фенилэфрин также не производит измеримого эффекта, более того, исследования его безопасности при назначении детям не проводились. В 1997 году Американская Педиатрическая Академия выпустила бюллетень, в котором информировала врачей о том, что нет никаких доказательств безопасности или эффективности применения декстрометорфана в детской практике, а также отсутствуют показания для его назначения. У маленьких детей кашель является защитной реакцией, позволяющей очищать узкие дыхательные пути, и его подавление может оказаться опасным. Ацетаминофен добавляют в детские противокашлевые и противопростудные сиропы для облегчения боли и снижения температуры. Передозировка этого лекарства потенциально опасна.

Дозировка лекарств в педиатрической практике часто является приблизительной, и рассчитывая ее отталкиваются обычно от дозировки для взрослых. Серьезную озабоченность вызывает возможное взаимодействие лекарств с другими фармакологическими средствами и пищевыми добавками. Согласно наблюдениям министерства здравоохранения, выполненным в 2007 году, около 2,9 миллиона американских детей и подростков принимают те или иные пищевые добавки, и при этом многие родители скрывают это от врачей, опасаясь негативной реакции.

Очень важно учитывать каждый из этих факторов, решая вопрос о назначении отпускаемых без рецепта лекарств детям. Относительно всех лекарств, обнаруженных в организме Ким, есть данные о серьезных побочных эффектах и опасных передозировках. Взаимодействие этих лекарств поставило Ким на грань очень серьезного риска.

Подход интегративной медицины к лечению заболеваний верхних дыхательных путей у детей

Если ребенок не находится в неотложном состоянии, то подход интегративной медицины к лечению насморка и простуды может быть весьма эффективным. Была подтверждена эффективность следующих методов лечения детских простуд, насморков и воспалений верхних дыхательных путей.

- Промывание носа солевым раствором; установка увлажнителя в детской спальне
- Питье теплых жидкостей для разжижения мокроты
- Гречишный (темный) мед для детей до года для облегчения ночного кашля
- Протирание раствором ментола слизистой носа при его заложенности
- Сульфат цинка внутрь детям старше одного года
- Гомеопатический экстракт герани (*Pelargonium sidoides*); это средство эффективно у детей
- Сироп бузины; это средство эффективно при гриппе и в течение многих лет с успехом применяется у детей старше одного года

Методы лечения, эффективность которых в лечении воспаления верхних дыхательных путей в детской практике не нашла подтверждения, включают лечение антибиотиками, лекарствами от простуды и кашля, эхинацией и витамином С.

Ацетаминофен и нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) для устранения сильной боли и высокой температуры можно назначать в разумных пределах. Тем не менее прием этих лекарств тоже сопряжен с известным риском (о котором было сказано в главе 8). Очень важна аккуратная дозировка этих лекарств, особенно у маленьких детей и грудных младенцев.

К профилактическим мерам относят стандартную иммунизацию, ежегодную вакцинацию от гриппа (если нет противопоказаний), регулярное мытье рук водой с мылом и избегание многолюдных мест и школы, если ребенок болен – ему надо дать время на отдых и выздоровление. Некоторые исследования дают основание предполагать, что для профилактики заболеваний верхних дыхательных путей часто полезны пробиотики. В клинических испытаниях было показано, что некоторые штаммы пробиотиков эффективны при их приеме в течение трех месяцев или дольше. Регулярный прием цинка в виде жидких растворов или пастилок полезен для профилактики простудных заболеваний у детей.

В итоге надо сказать: несмотря на то, что врачи, часто под давлением родителей, выписывают детям сильнодействующие лекарства или рекомендуют купить какие-то средства в аптеке, надо все же найти время и обсудить возможные немедикаментозные методы лечения, которые могут быть одновременно эффективными и безопасными для ребенка. В случае Ким экстренного визита в отделение неотложной педиатрической помощи можно было избежать, если бы с самого начала были применены нелекарственные средства лечения простуды и насморка.

Луис

Луис – тринадцатилетний мальчик, страдающий метаболическим синдромом (резистентностью к инсулину, повышением уровня глюкозы в крови, ожирением центрального типа и нарушением липидного состава крови). Мальчика привезли в отделение неотложной помощи после того, как он упал в обморок на уроке физкультуры, после первого круга забега на одну милю. Одноклассники видели, что перед стартом Луис выпил банку какого-то энергетического напитка. В момент поступления Луис находился в ясном сознании, но был сильно встревожен и испуган. При осмотре серьезная сердечная патология была исключена сразу, наблюдалось незначительное учащение сердечного ритма и небольшое повышение артериального давления. При опросе мальчик сказал, что выпил две поллитровые банки энергетического напитка, чтобы показать на дистанции хорошее время.

Луис не знал, что в большинстве энергетических напитков содержится (в расчете на одну банку) 70 – 240 мг кофеина и 54–62 г сахара. Для сравнения можно сказать, что в одной бутылке содовой содержится 35 мг кофеина и 40 г сахара. Обморок Луиса при повышенной физической нагрузке на фоне нервозности и волнения – это классический симптом избыточного приема энергетических напитков, которые реклама буквально навязывает подросткам и молодым взрослым. Производители получили в 2012 году 6,9 миллиарда долларов прибыли от продаж энергетических напитков. В 2011 году Американская Педиатрическая Академия предупредила, что дети и подростки не должны пить энергетические напитки из-за высокого содержания в них кофеина и сахара. С употреблением этих напитков связывают довольно много случаев сердечно-сосудистых нарушений, расстройств сна и поведения, повышения артериального давления, судорожных припадков и даже внезапной смерти, особенно если прием энергетических напитков сочетают с употреблением алкоголя, что часто делают молодые взрослые люди.

Анализ анамнеза Луиса показал, что стремительная прибавка в весе началась у него в возрасте девяти лет. Сначала его пытались лечить свободно продающимся препаратом орлистата (алли), лекарством, которое назначают для лечения ожирения, так как это лекарство блокирует всасывание жира в кишечнике. Но прием пришлось прекратить из-за неприятных побочных эффектов – поноса и вздутия живота. Родители рассказали, что наблюдавший Луиса педиатр назначил мальчику три лекарства: одно – для снижения содержания сахара в крови; второе – для снижения уровня холестерина; третье – для лечения депрессии, а также хотел назначить

четвертое – для снижения артериального давления. Родители подписали рецепты, но были встревожены, ознакомившись со списком возможных побочных эффектов, и хотели помочь Луису избавиться от приема лекарств.

При изучении пищевых привычек Луиса выяснилось, что в его диете преобладают сладкие и мучные блюда, копченое и соленое мясо, сладкие напитки и энергетические напитки – они «помогают ему учиться» и «придают ему сил». Около шести часов в день Луис посвящал компьютерным играм, ночью спал не больше семи часов и редко выходил на улицу. Если не считать школьных уроков физкультуры два раза в неделю, он не занимался никакими физическими упражнениями. Луис признавал, что в школе его дразнят и задирают, но отрицал желание причинить вред себе или другим.

Избыточное лечение детского ожирения

- Приблизительно каждый третий ребенок в Северной Америке страдает избыточным весом или ожирением, включая дошкольников и учащихся младших классов.
- Ожирение, возникшее в детстве, обычно сохраняется и в зрелом возрасте.
- Дети, страдающие ожирением, как правило, страдают как минимум одним сопутствующим заболеванием, например, артериальной гипертензией, которая может потребовать лекарственного лечения.
- Часто ожирению сопутствуют душевные расстройства – тревожность, депрессия, социальная отчужденность, агрессивность, нарушения пищевого поведения и снижение самооценки. Эти расстройства тоже часто лечат лекарствами.
- Дети с ожирением страдают расстройством сна, от которого их тоже часто лечат лекарственными средствами или советуют купить что-либо без рецепта. (Снотворные лекарства обсуждаются в главе 6).

Лекарства, которые получал Луис, очень часто рекомендуют в случаях детского ожирения.

Метформин

Это лекарство назначают для борьбы с инсулинорезистентностью, которая часто сопутствует ожирению. Метформин (синонимы: глюметза, глюкофаж) иногда назначают не по прямым показаниям, а для того, чтобы способствовать снижению веса при детском ожирении. (Применение метформина при сахарном диабете обсуждается в главе 14). Распространенными побочными эффектами являются тошнота, рвота, понос и избыточное газообразование в кишечнике. У взрослых длительный прием метформина повышает риск дефицита витамина В12. Исследования последствий длительного приема метформина детьми и подростками не проводились.

Статины

Скрининг содержания холестерина в крови рекомендуют делать детям в возрасте от девяти до одиннадцати лет, чтобы выявить детей с риском гиперхолестеринемии. Относительно влияния статинов на здоровье детей у нас очень мало данных (детально эти лекарства описаны в главе 2).

Антидепрессанты

Прибавка в весе – это довольно распространенный побочный эффект от приема антидепрессантов, что очень вредно для таких, и без того страдающих ожирением, подростков, как Луис. (Прием этих и других психиатрических лекарств детьми обсуждается в главе 10).

Гипотензивные лекарства

У детей с ожирением часто повышено артериальное давление. Таким детям выписывают те же гипотензивные (снижающие артериальное давление) лекарства, что и взрослым. (Эти лекарства детально обсуждаются в главе 13).

Орлистат

Орлистат продают в аптеках без рецепта под названием алии, а по рецептам – под названием ксеникал. Орлистат – это ингибитор фермента липазы, то есть он угнетает активность фермента, необходимого для расщепления жира в кишечнике и, таким образом, препятствует всасыванию жира в кровь. Основные побочные эффекты – вздутие кишечника, жирный полужидкий стул и пятна кала на белье, что предсказуемо приводит к нарушениям поведения. Орлистат препятствует всасыванию жирорастворимых витаминов и, таким образом, может отрицательно

влиять на рост и развитие ребенка. Исследования последствий длительного приема орлистата детьми и подростками не проводились.

Детское ожирение – это распространенное и сложное заболевание, плохо поддающееся лекарственному лечению. Этот факт возбудил интерес к более экстравагантным методам лечения, например, к бариатрической хирургии у подростков (наложение манжеты на желудок или наложение обходного анастомоза). Несмотря на то, что хирургическое вмешательство может привести к снижению веса и исчезновению признаков сахарного диабета 2 типа, оно часто приводит к витаминной недостаточности, хроническому нарушению всасывания и другим значимым рискам, поэтому прибегать к хирургическому лечению подростков от ожирения можно только в тех случаях, когда оно угрожает жизни.

Подход интегративной медицины к лечению ожирения у детей

Специалисты согласны с тем, что нефармакологические подходы должны играть главную роль в лечении ожирения, но лишь немногие педиатры имеют достаточный опыт для того, чтобы помогать своим пациентам рекомендациями по изменению образа жизни. Этот пробел в медицинском образовании дает интегративной медицине возможность с успехом его восполнить:

- Советами по правильному питанию – питаться цельной и свежеприготовленной пищей, а не полуфабрикатами и консервами.
- Созданием мотиваций для изменения поведения.
- Проведением лечения, направленного на нормализацию психосоматического состояния, устранение симптомов депрессии и воспитание навыков по регулированию эмоциональных реакций.
- Советами по умеренной и усиленной физической нагрузке, например, обучением йоге и тай-цзы.
- Советами по гигиене сна.
- Обучением способам избегания контактов с вредными условиями окружающей среды; например, ограничению контактов с веществами, отрицательно влияющими на эндокринные аспекты ожирения.
- Назначением специально отобранных для этой цели пищевых добавок – омега-3-ненасыщенных жирных кислот, витамина D и пробиотиков.
- Поощрением помощи со стороны семьи, друзей и окружения.

Испугавшись посещения отделения неотложной помощи, Луис преисполнился решимости сбросить вес и прекратить прием лекарств. Педиатр привлек к лечению дипломированного диетолога и специалиста по поведенческой терапии. Поощрение мотивации помогло Луису перейти на более здоровое питание и заняться физическими упражнениями, которые ему нравились. Для того, чтобы поднять самооценку и научиться лучше справляться со школьными нагрузками, Луис согласился пройти курс лечения гипнозом и наведенными образами. Вес Луис терял постепенно и в течение года смог избавиться от необходимости принимать лекарства. В следующем году Луис получил премию за лучшую школьную научную работу о вреде избыточного приема лекарств.

Заключение

На двоих Ким и Луис получили восемь лекарств для лечения двух распространенных заболеваний. Они получали лечение гвайфенезином, декстрометорфаном, фенилэфрином, ацетаминофеном, амоксициллином, метформином, статином и селективным ингибитором обратного захвата серотонина, причем каждое из этих лекарств чревато серьезными побочными эффектами. В случае Луиса стимулятор кофеин оказался последней каплей, переполнившей чашу терпения организма. История Ким иллюстрирует ложность мифа о безвредности общедоступных свободно продающихся в аптеках лекарств. История Луиса, кроме того, наглядно демонстрирует вред прямой рекламы стимулирующих напитков, направленной на детей, а также бесплодность попыток опираться на лекарства в лечении болезней образа жизни. Родители и врачи должны вместе бить тревогу в связи с избыточным и необоснованным назначением лекарств миллионам детей для лечения других болезней – таких как бронхиальная астма, синдром дефицита внимания и гиперактивности, аутизма, сахарного диабета, артрита, желудочно-кишечных расстройств, тревожности и депрессии.

Широкое распространение лекарственного лечения детей вместе с непредсказуемостью индивидуальных реакций и высоким риском передозировки является мощным аргументом в пользу усиления роли интегративной медицины в лечении юных пациентов. Основной упор надо делать на профилактику, максимальное использование естественных целительных сил организма, уменьшение количества принимаемых лекарств и полезные изменения образа жизни. Я утверждаю, что именно такой подход должен быть поддержан энергичной реформой здравоохранения и честной политикой страховых компаний.

Глава 17. Избыточное лекарственное лечение пожилых людей

После семидесяти девяти лет борьбы с Висконсинскими зимами Норман наконец решил, что с него хватит. В разгар очередного снегопада он выглянул в окно, критически посмотрел на обледенелый тротуар и решил вопреки заведенному распорядку не ходить на прогулку, а остаться дома.

Снизив физическую нагрузку, Норман вскоре обнаружил, что ему стало трудно засыпать. Жена предложила попробовать безвредное, отпускаемое без рецепта лекарство дифенилгидрамин (бенадрил, димедрол). Лекарство сработало – после первого приема Норман проспал, как убитый, положенные восемь часов. Он продолжал принимать лекарство каждый день даже после того, как снег сошел, и он возобновил свои прогулки.

Весной Норман обратился к врачу с жалобами на затрудненное мочеиспускание. Врач прописал теразозин (гитрин), лекарство, которое облегчает мочеиспускание при гипертрофии предстательной железы. На фоне приема теразозина мочиться стало немного легче.

Два месяца спустя Норман в теплый летний день встал с парковой скамейки и почувствовал, как закружилась голова, затем он упал и сломал шейку бедра. После операции Норману для обезболивания делали инъекции морфина. Для профилактики запора, часто осложняющего введение опиоидов, хирурги назначили ему комбинированный препарат, состоящий из лекарства, размягчающего кал (докузат) и слабительного – сенны. А после того, как Норман, отойдя от наркоза, начал глотать таблетки, он продолжил прием бенадрила и теразозина.

Все следующие ночи в госпитале Норман вел себя беспокойно и воинственно, все время порываясь встать с постели. Для того, чтобы успокоить больного, врачи назначили ему лоразепам (ативан), добавив его в смеси дифенилгидрамина, теразозина, докузата, сенны и морфина. После заживления перелома Нормана выписали из госпиталя и отправили в отделение реабилитации, оставив ему все прежние лекарственные назначения.

Через несколько дней после перевода у Нормана покраснела и стала горячей кожа в области операционной раны. Заподозрив бактериальную раневую инфекцию, врач реабилитационного отделения назначил Норману амоксициллина клавуланат (аугментин). Через несколько дней у Нормана начался понос. Лечащий врач отменил докузат с сенной и назначил имодиум (лоперамид), лекарство, замедляющее перистальтику кишечника.

Понос вскоре прошел, но слабительные и смягчающие стул лекарства уже не назначили, но продолжили давать имодиум. Неделю спустя Норман пожаловался на боль в животе. Больного осмотрели и нашли у него паралитическую кишечную непроходимость, перевели обратно в госпиталь и прооперировали. Из-за того, что Норман не мог принимать лекарства внутрь, ему назначили внутривенное введение морфина и лоразепама, с добавлением омепразола (ингибитора протонной помпы) для снижения кислотности содержимого желудка и профилактики изъязвления его слизистой оболочки. После заживления послеоперационной раны и восстановления деятельности желудочно-кишечного тракта Норману вновь назначили внутрь дифенилгидрамин, теразозин, морфин, лоразепам, лекарство смягчающее стул, слабительное и омепразол.

Когда состояние Нормана стабилизировалось, его перевели в отделение по уходу. В отделение реабилитации его не вернули, потому что по своему состоянию он не мог четыре часа в день заниматься трудотерапией. Вместе с Норманом в следующее лечебное учреждение переправили весь список назначенных ему лекарств. Все время пребывания в стационаре Норман продолжал жаловаться на боль в бедре и голени, а так как он показался врачу подавленным, тот

назначил больному amitриптилин (элавил), антидепрессант, который помогает уменьшить боль. В конце концов Нормана все-таки выписали домой. Жена пошла в аптеку и получила по рецептам теразозин, морфин, лоразепам, amitриптилин и омепразол. Флакончик дифенилгидрамина, заботливо купленный в аптеке без рецепта, уже ждал Нормана на ночном столике.

На следующий год жена уговорила Нормана поговорить с домашним врачом по поводу проблем с памятью и усилившейся склонностью к падениям. Врач действительно выявил некоторое нарушение памяти, но также заметил, что Норман нетвердо держится на ногах, особенно вставая со стула. Артериальное давление, измеренное в положении стоя и в положении сидя, оказалось разным, что подтвердило догадку врача о том, что у больного имеет место ортостатическая гипотония – резкое снижение артериального давления при переходе из положения сидя в положение стоя. Это и было причиной склонности к обморокам, дурноте и падениям, которые могут стать катастрофой для старика с хрупкими костями. Врач объяснил Норману суть побочных явлений всех принимаемых им лекарств, и вместе они решили все их отменить – дифенилгидрамин, теразозин, морфин, лоразепам, омепразол и amitриптилин. Спустя несколько месяцев Норман был уже способен возобновить свои прогулки и ходил вполне уверенно, лишь немного прихрамывая.

Такие истории с пожилыми пациентами случаются сплошь и рядом. То, что начиналось как невинная попытка наладить сон с помощью продающегося без рецепта средства, переросло в пугающий сценарий избыточного лечения (полипрагмазии), сопровождавшегося значительными осложнениями и нежелательными побочными эффектами. В таких случаях участие в лечении разных специалистов, незнакомых друг с другом, приводит к накоплению все новых и новых назначений, когда одни лекарства назначают для ликвидации симптомов, вызванных приемом предыдущих лекарств. Надо при этом учесть, что врачи очень редко отменяют лекарства, назначенные другими коллегами.

Избыточное назначение лекарств

Когда мы стареем, у нас появляются жалобы и симптомы, которые казалось бы просто вызывают к назначению фармакологических средств. Такие лекарства, как фенилгидрамин и сочетание дифенилгидрамина с ацетаминофеном созданы (или, по крайней мере, так говорит о них реклама) для того, чтобы помочь уснуть и спать дольше, и особенно нравятся пожилым людям, многие из которых считают хороший сон недостижимым благом. К несчастью, несмотря на то, что обладающие седативным действием антигистаминные средства действительно могут быть эффективными, они не обеспечивают полноценный восстанавливающий сон, который так необходим телу и душе. Более того, прием таких лекарств чреват потенциальными побочными эффектами, особенно опасными для пожилых людей: затруднение мочеиспускания, повышение риска падений, склонность к делириям, а также повышение шансов получить старческую деменцию – то есть все заболевания, которые часто побуждают врачей назначать другие лекарства, каждое из которых имеет свои побочные эффекты, поражающие стареющее тело и мозг.

Нельзя наверняка сказать, развилось бы у Нормана затруднение мочеиспускания, если бы он не принимал дифенилгидрамин. Вполне правомерно предположить, что лечащий врач просто не знал, что Норман каждый вечер принимает дифенилгидрамин, купленный по его собственной почину, и ни одному больному не придет в голову прекращать прием снотворных, чтобы посмотреть, не вызывают ли они проблемы с мочеиспусканием.

Теразозин – один из самых популярных препаратов, назначаемых при задержке мочи. Это лекарство действительно немного облегчает мочеиспускание, но оказывает на артерии действие, способствующее развитию ортостатической гипотонии.

При поступлении в госпиталь врачи обычно берут список лекарств, которые больной принимал дома, и добавляют к ним новые лекарства. Норман продолжал получать дифенилгидрамин для облегчения засыпания и теразозин для облегчения мочеиспускания, плюс к этому ему назначили еще и морфин для послеоперационного обезболивания. Опиоиды – прекрасное лекарство для устранения острой и сильной боли, но у них тоже есть серьезные побочные эффекты, один из которых – стойкий запор. Кроме того, опиоиды повышают риск падений и вызывают затруднение при мочеиспускании.

Исследования показывают, что у 16–62 % пожилых больных, перенесших операцию по поводу перелома шейки бедра, развивается делирий. В этой возрастной группе боль является ведущим причинным фактором делирия. Возможно Норман получал недостаточно морфина для надежного послеоперационного обезболивания (кроме того, дискомфорт усиливался от переполненного мочевого пузыря и раздутого кишечника). Надо при этом заметить, что и один дифенилгидрамин может вызвать делирий у пожилого больного.

Лоразепам может быстро устранить возбуждение и сделать агрессивного больного вполне послушным, но назначение лоразепама нельзя признать идеальным решением, потому что он не устраняет истинную причину поведенческих нарушений, более того, бензодиазепины увеличивают риск падений и могут даже усугублять течение делирия, делая больных дезориентированными, а их походку – шаткой и неустойчивой. Американское гериатрическое общество настолько энергично выступает против назначения бензодиазепинов пожилым больным, что даже опубликовало работу под названием «Пять вещей, о которых должны быть осведомлены врачи и их пациенты» в попытке поднять образовательный уровень врачей и улучшить их взаимодействие и сотрудничество с больными.

Как это часто случается в наши дни у госпитализированных больных, у Нормана возникла инфекция послеоперационной раны, и для лечения ему был назначен мощный антибиотик. Реакцией на резкое изменение состава кишечной флоры стал сильный понос. У госпитализированных больных на фоне антибактериальной терапии высок риск кишечной инфекции, вызванной *Clostridium difficile*. В случае Нормана врачи забыли отменить имодиум и начали стимуляцию кишечника, не отменив при этом и морфин, что вероятно и привело к парезу кишечника и кишечной непроходимости. Затем на фоне неработающего кишечника врачи госпиталя назначили ему омепразол для того, чтобы подавить секрецию соляной кислоты в желудке. Конечно, это лекарство может сыграть положительную роль в профилактике и лечении язвы, угрожающей кровотечением, но надо помнить и о том, что кислота все же нужна для нормальной деятельности желудка, и длительное подавление секреции кислоты таким лекарством, как омепразол, может иметь довольно серьезные последствия (см. главу 3), включая и усиление роста и размножения *Clostridium difficile*.

Популярность amitriptyline и других старых (трициклических) антидепрессантов среди психиатров давно осталась в прошлом, но их до сих пор назначают для лечения хронической боли, несмотря на то, что их эффективность представляется в этом отношении весьма сомнительной. К несчастью для Нормана, трициклические антидепрессанты, как и их антигистаминные родственники, могут вызывать задержку мочи и запор, а также повышать риск падений и развития делирия.

Норман попал из дома в госпиталь, из госпиталя на реабилитацию, оттуда – снова в госпиталь, из госпиталя в отделение квалифицированного медицинского ухода и только оттуда вернулся домой. С каждым таким перемещением, с каждой сменой лечащих врачей возрастала вероятность ошибочных лекарственных назначений.

Подход интегративной медицины

Как вы уже успели увидеть по предыдущим главам, есть множество способов лечения распространенных недугов, не прибегая к помощи лекарств.

Если бы Норман начал заниматься физическими упражнениями дома, не выходя на обледенелый тротуар для прогулки, то возможно у него не нарушился бы сон. Врачи, практикующие интегративную медицину, могли бы дать ему рекомендации по гигиене сна, предложили бы принимать валериану или мелатонин в качестве природных снотворных средств.

Если бы лечащий врач Нормана спросил его о самостоятельном приеме продающихся без рецепта лекарств и посоветовал бы альтернативу дифенилгидрамину, прежде чем назначать теразозин для лечения задержки мочи, то течение заболевания проходило бы совершенно по-иному.

После перелома шейки бедра адекватный подход к обезболиванию и лечению задержки мочи и запора, вероятно, смог бы предотвратить эпизоды делирия и все могло обойтись без назначения лоразепама, который в сочетании с опиоидами может нарушать дыхание и когнитивные функции.

Если бы Норман смог наладить ночной сон, то ему было бы легче переносить боль, и он обошелся бы меньшей дозой обезболивающих лекарств и избежал бы делирия. Но длительное пребывание в госпитале, отделении реабилитации или квалифицированного ухода может сделать хороший ночной сон лишь смутным приятным воспоминанием и несбыточной мечтой (см. главы 12 и 6, где говорится о нефармакологическом лечении боли и бессонницы).

Заключение

Очень многие пожилые люди получают избыточное количество разнообразных лекарств, что создает риск серьезных побочных реакций и неблагоприятного взаимодействия лекарств. Когда я вижу лекарства, которые принимают мои пациенты и друзья, вижу также, что разные лекарства выписывают разные врачи, и к тому же к ним добавляется изрядная доля самостоятельно купленных в аптеке лекарств из свободного доступа, мне становится интересно, кто-нибудь наблюдает за этим стихийным процессом? Исследования показывают, что ответ скорее всего отрицательный. Среди лиц в возрасте шестьдесят пять лет и старше доля тех, кто пал жертвой полипрагмазии (ситуации, когда человек одновременно принимает пять и более лекарств), выросла с 2005 по 2011 год с 30,6 % до 35,8 %, что поставило около 15 % пожилых людей под угрозу осложнений лекарственного взаимодействия. Ситуация осложняется еще и тем, что почти две трети пожилых людей принимают различные пищевые добавки. Еще треть постоянно принимает самостоятельно купленные в аптеках лекарства.

Пожилые люди росли в эпоху, когда врачи были более авторитарны и покровительственны. Пожилые люди привыкли подчиняться распоряжениям врачей и выполнять их рекомендации. Часто они очень неохотно советуются с врачами относительно желательности приема продающихся без рецепта средств или пищевых добавок. Если бы Норман знал, как важно обсудить с лечащим врачом целесообразность приема дифенилгидрамина (димедрола), то удалось бы избежать всего этого каскада несчастий.

Если у вас есть пожилой родственник или друг, принимающий много лекарств, то убедите их посоветоваться с фармацевтом, чтобы ознакомиться с обзором средств лекарственной терапии (более подробно об этом обзоре говорится в главе 18).

Как пациент или как его представитель, вы должны со всей ответственностью подойти к лечению. Надо держать дома список назначенных лекарств с указанием дозировок, а также сроков начала и окончания лечения и изменения доз. Записывайте также причины начала лечения и изменения доз.

Для врачей очень важно досконально знать медицинский анамнез больного (включая прием продающихся без рецепта лекарств и растительных средств, а также знать о возможном пристрастии к алкоголю или кофеину). Врач непременно должен находиться в контакте со всеми коллегами, которые занимались или занимаются лечением его больного. Общение с коллегами должно быть двусторонним, открытым и беспристрастным. Очень полезны обсуждения важных вопросов с участием всех заинтересованных сторон, включая и больного.

Когда пожилой человек поступает в госпиталь или иное лечебное учреждение, его лечащий врач должен стать искренним поборником его жизненных интересов в этом учреждении. Персоналу учреждения, естественно, проще назначить больному очередное лекарство, нежели отрегулировать яркий свет или справиться с шумом, который нарушает сон больного человека или вызывает у него ненужное волнение или возбуждение. Настойчивость и твердое убеждение врача в своей правоте могут заставить персонал изменить такое равнодушное отношение к больным. О проблемах говорите прямо и непосредственно с медицинскими сестрами на постах, со старшими медицинскими сестрами и узкими специалистами. Объясняйте свою озабоченность и предлагайте альтернативы и обходные пути. Главная цель здравоохранения, его высокая задача – это обеспечение жизненных интересов и благополучия больного человека.

Для того, чтобы больше узнать о безопасных и эффективных способах лечения хронических заболеваний и симптомов, включая изменения образа жизни, природные лекарства и нетрадиционные методы терапии, проконсультируйтесь со специалистами, обученными методам и приемам интегративной медицины.

Глава 18. Чрезмерная вера в лекарства: взгляд фармацевта

Ким ДеРодс

Венди, женщина шестидесяти восьми лет, пришла на прием в клинику интегративной медицины, так как хотела, чтобы кто-нибудь внимательно разобрался с назначенными ей лекарствами. Она чувствовала, что принимает их слишком много. Венди страдала сахарным диабетом, а за пять лет до прихода в клинику, ей был поставлен диагноз ранней болезни Альцгеймера. Венди жила одна и долгое время была независима от родственников. Но теперь она начала опасаться, что сможет утратить свою независимость. Основными жалобами были: трудности в ориентации, головная боль, боль в нижней челюсти и тошнота, которая беспокоила Венди почти каждый день и просто изматывала ее. По ночам Венди спала плохо, а днем постоянно испытывала сонливость. В течение последнего года она потеряла в весе тридцать фунтов, но объясняла это изменениями диеты и уровня физической активности. В связи с разными заболеваниями она посещала трех врачей, которые назначили ей в совокупности тринадцать разных лекарств, которые она принимала ежедневно. Кроме того, Венди принимала несколько лекарств, продающихся без рецепта, и пищевые добавки. Врач клиники направил Венди к фармацевту, чтобы тот разобрался с режимом лекарственного лечения. Фармацевты занимаются такого рода делами.

Что вы можете сделать для того, чтобы удостовериться, что все сделанные вам лекарственные назначения являются адекватными? Во-первых, не стоит предполагать, что список ваших лекарств внимательно изучают при каждом визите к врачу. Почти наверняка это не так. Даже если врач спрашивает обо всех принимаемых вами лекарствах, то делает это только для того, чтобы выполнить обязательное требование и заполнить соответствующий раздел истории болезни. Точный список принимаемых лекарств – это не то же самое, что оптимальный список, особенно если вы посещаете не одного врача. Врачи очень неохотно меняют лечение, назначенное коллегами, даже если не считают его правильным. Именно здесь и может помочь фармацевт, а точнее – клинический фармаколог. Фармацевты – это специалисты по лекарствам, но специалисты эти почти не востребованы, а ведь их учат много большему, чем просто выписывать таблетки. Фармацевты работают как в госпиталях, так и в амбулаторных учреждениях. Фармацевты определяют дозировки лекарств и корректируют режимы медикаментозного лечения, консультируют пациентов, а также работают совместно с врачами для того, чтобы распространять информацию о лекарствах и оптимизировать лекарственное лечение.

Каждому больному, принимающему пять и более лекарственных препаратов, необходимо обсудить с фармацевтом режим своего лечения, так как риск побочных реакций и осложнений начинает возрастать экспоненциально. Во всяком случае для больного в возрасте старше шестидесяти пяти лет такая консультация является настоящей необходимостью. Фармацевт сделает все, чтобы извлечь максимальную пользу из выписанных врачами и самостоятельно приобретенных в аптеке лекарств. Фармацевты активно управляют лекарственной терапией, выявляя и предупреждая связанные с приемом лекарств проблемы, для чего работают совместно с врачами. Больше всего от такого подхода выигрывают больные, получающие несколько разных лекарств, страдающие несколькими заболеваниями, а также те, у кого возникают вопросы или проблемы в связи с приемом лекарств, те, кто недавно находился в больнице или получал лекарства не от одного врача.

Коррекция режима лекарственной терапии наилучшим образом выполняется в тесном сотрудничестве между пациентами, фармацевтами, врачами и другими специалистами здравоохранения, что позволяет обеспечить безопасное, эффективное использование лекарственных средств и добиваться желаемых исходов лечения. Хорошо подготовленный фармацевт может также выявить возможные осложнения от приема лекарств или от их взаимодействия с витаминами, пищевыми добавками, а также травными и другими природными лечебными средствами. (Одно предостережение: в настоящее время фармацевтические колледжи не обеспечивают адекватных знаний в области травного лечения, ограничивая этот курс несколькими обзорными лекциями или парой семинаров. Все фармацевты имеют неограниченный доступ к сетевым материалам о взаимодействии лекарств с другими лекарствами и добавками. Тем не менее не все фармацевты ориентируются в лечебных свойствах пищевых добавок).

Если вы получаете дорогие лекарства, фармацевт зачастую сможет предложить вам более дешевую альтернативу. Нет ничего стыдного в том, что больной, страдающий несколькими недугами, сможет сэкономить несколько сотен долларов на лечении, не жертвуя при этом его качеством. Вот несколько вопросов, которые вам стоит задать своему фармацевту.

- Почему я получаю это лекарство?
- В какое время и как лучше всего его принимать?
- Как долго должен я его принимать?
- Какие у него побочные эффекты?
- Есть ли более дешевые аналоги, которые будут действовать так же хорошо?
- Взаимодействует ли это лекарство с другими лечебными средствами?
- Взаимодействует ли оно с алкоголем или определенными видами пищи?
- Не вызывает ли это лекарство недостатка каких-нибудь питательных веществ?
- Есть ли какие-то лекарства, которые мне стоит принимать с пользой для здоровья?

Теперь вернемся к рассказу о Венди. Вспомним, что ее основные жалобы – это ослабление памяти, головные боли, тошнота, боль в нижней челюсти, расстройство ночного сна и сонливость в дневное время. Внимательно изучив список лекарств, которые принимала Венди, фармацевт выявил следующие проблемы:

- Имеет место негативное взаимодействие между двумя препаратами, которые принимала Венди, и именно оно приводило к неприятным побочным реакциям, включая тошноту и дезориентацию.

- Один из препаратов входил в список Бирса, куда помещены лекарства, противопоказанные людям старше шестидесяти пяти лет. Побочное действие этого лекарства – чрезмерная стимуляция центральной нервной системы, расстройства сна и тошнота. Кроме того, прием лекарства часто сопровождается бруксизмом (скрежетанием зубов во сне), болью в нижней челюсти, головной болью и тяжелыми расстройствами памяти.

- На ночь Венди принимала снотворное (которое тоже было включено в список Бирса как неподходящее для пожилых людей), а также дневной стимулятор, который немного разгонял ее вечную сонливость. Это лекарство обладает хорошо известными побочными эффектами: головной болью, тошнотой и головокружением. Все, о чем я рассказываю – это истинная полипрагмазия в ее наихудшем проявлении.

- Венди получала два лекарства, уменьшающих кислотность желудочного сока. Известно, что длительный прием таких лекарств может приводить к дефициту магния и витамина B12; дефицит этого витамина может приводить к когнитивным расстройствам.

- Снижение памяти и когнитивные расстройства могли быть также связаны с лекарством, которое Венди принимала для снижения уровня холестерина в крови.

После того, как лечащий врач изменил лечение Венди в соответствии с заключением, данным фармацевтом, у больной исчезли когнитивные нарушения и почти все дневные жалобы.

Иногда фармацевт может беседовать с больным и полчаса, и час, чтобы разобраться во всех аспектах лекарственного лечения и вскрыть неочевидные проблемы. Фармацевт может помочь больному понять, почему врач назначил то или иное лекарство, рассказать, есть ли более дешевые равноценные заменители, надо ли добавить к лечению какое-нибудь новое лекарство, или подсказать, что какое-то лекарство больному уже не нужно.

Так как насчет того, чтобы навеститься к фармацевту? Спросите в аптеке, где вы получаете лекарства по рецепту, нет ли там фармацевта, готового вам помочь. Если нет, то попробуйте попросить об этом в местной независимой, как правило, не сетевой аптеке. Иногда такие аптеки оказывают такие услуги систематически и даже специализируются на них. Обычно корректировку лекарственного режима выполняют за минимальную, чисто символическую плату, а для имеющих медицинскую страховку такая услуга иногда оказывается бесплатно. При этом деньги, которые такая консультация позволит вам сэкономить, вполне окупят расходы.

Вы можете спросить: «Почему эту услугу не оказывают врачи?» Печальная правда заключается в том, что у них нет на это времени. Кроме того, лечащие врачи не обладают достаточно глубокими познаниями в этой области, опираясь по большей части на информацию о лекарствах, представленную их производителями, а не черпая ее из фармакологических

журналов и других объективных источников. Фармацевт никогда не станет ничего менять в режиме вашего лечения, не обсудив предварительно этот вопрос с вашим лечащим врачом. В конечном итоге ответственность за ваше лечение несет врач, и только он может и имеет право менять назначенное лечение, так как фармацевт вообще не имеет права выписывать какие бы то ни было лекарства без указания врача.

В интегративной медицине мы стараемся использовать самые лучшие виды лечения, как традиционные, так и нетрадиционные. Во многих случаях фармакологическое лекарство может стать «лучшим целителем». В других случаях наилучшим средством может оказаться что-то другое. Применение природных средств лечения, когда вовсе не назначают фармакологические препараты, часто оказывается весьма эффективным и менее дорогим. Впрочем, не ждите, что кто-нибудь назначит вам одну-единственную пилюлю, которая разом избавит вас от всех хворей. Воспользуйтесь преимуществами этой малоизвестной пока, но очень полезной службы: корректировкой режима лекарственного лечения с помощью фармацевта. Такая консультация будет полезна для вашего здоровья, поможет сэкономить деньги, избавит от побочных реакций и снизит опасность негативных лекарственных взаимодействий.

Послесловие

В интересах всех нас – пациентов, врачей, медицинских сестер, фармацевтов и других специалистов здравоохранения, родителей и избранных нами представителей власти – уменьшить избыточное назначение лекарств, поразившее наше общество. Я как мог объяснил, почему слепое и чрезмерное увлечение лекарствами представляет собой большую и серьезную проблему. Нам всем найдется что делать, если мы хотим эту проблему решить.

Если вы потребитель, то должны стать информированным потребителем. Не принимайте лекарства, выписанные врачом, самостоятельно купленные в аптеке, в лавке здорового питания, в интернете или где угодно еще, если вы не знаете, зачем оно вам нужно, не понимаете, как оно работает, и не можете сравнить возможное благо с потенциальным вредом. Я призываю вас всякий раз выяснять, не существует ли других, нефармакологических методов для лечения ваших недугов. Если вы все же решили, что вам показано лекарственное лечение, то прибегните вначале к менее сильным лекарствам, а не к самым мощным из доступных препаратов. Начните с малых доз и остановитесь на минимальной дозе, которая вам помогает. Скорее всего это будет легче сделать, если одновременно вы измените к лучшему свой образ жизни, попробуете принимать природные средства или какие-то другие виды лечения, которые позволят вам сократить срок лекарственной терапии. Обращайте внимание на побочные эффекты, на взаимодействия лекарств, и если вы получаете несколько лекарств, посоветуйтесь с фармацевтом о корректировке режима лекарственного лечения.

Помните, что врачи часто получают тысячи долларов за продвижение лекарств, за их пропаганду среди врачей и других специалистов здравоохранения. Теплые (и взаимовыгодные) отношения между фармацевтическими фирмами и врачами превратились в большую проблему, что Закон о Доступной Помощи требует публичного раскрытия таких платежей. Существует сайт, на котором вы можете посмотреть, получает ли ваш врач деньги от фармацевтических компаний: cms.gov/openpayments.

Если вы фармацевт, то узнавайте как можно больше о пищевых добавках, травах и других природных лекарствах, которые охотно принимают очень многие пациенты. Будьте в состоянии дать совет по поводу их безопасности, эффективности, возможных побочных эффектов и взаимодействий с фармакологическими лекарственными средствами. Старайтесь через ваши профессиональные организации повлиять на фармацевтические колледжи, чтобы они включили эти темы в свои учебные планы. Оповещайте людей об услугах, которые вы оказываете, чтобы помочь им лечиться разумно.

Если вы врач, медицинская сестра или волонтер, то для вас у меня есть несколько предложений:

- Ищите объективную и беспристрастную информацию обо всех лекарствах, которые вы выписываете или рекомендуете; не полагайтесь исключительно на информацию, предоставленную производителями лекарств.

- Настаивайте на том, чтобы больные рассказывали вам обо всех лекарствах и средствах, которые они принимают; если вы не знаете о возможных побочных эффектах и о взаимодействии какого-то средства с другими лекарствами, то проконсультируйтесь с фармацевтом.

- Больше узнавайте об образе жизни своих пациентов, их пищевых привычках и пристрастиях. Знайте о том, какие изменения образа жизни могут оказаться полезными при тех или иных распространенных заболеваниях. Познакомьтесь с методиками мотивирующего опроса, чтобы вам было легче убеждать пациентов в необходимости изменений.

- Знакомьтесь с альтернативными методами лечения заболеваний, с которыми вы чаще всего сталкиваетесь. Пусть у вас будет всегда под рукой список телефонов, чтобы вы могли быстро направить больного на консультации к другим специалистам, например, к дипломированному диетологу или психотерапевту.

- Больше узнавайте о подходах интегративной медицины к лечению распространенных заболеваний.

Если вы родитель, то защитите своих детей от избыточного приема лекарств. Ознакомьтесь со свойствами тех лекарств, которые вы им даете. Избегайте антибиотиков, если в их применении нет крайней необходимости. Хорошей новостью является то, что все больше педиатров проникаются идеями интегративной медицины; они помогут вам лечить ребенка от банальных заболеваний без излишнего назначения фармакологических препаратов.

Я не знаю, что можно предложить для того, чтобы прекратить недопустимые действия фармацевтических компаний; я могу лишь выразить надежду на то, что все читатели этой книги обратятся к избранным ими представителям с требованием положить конец направленной на потребителя рекламе фармакологических лекарственных средств.

Несколько лет назад я обратился в Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарствами США с предложением создать новый отдел – отдел природных лекарственных средств – для упорядочения продаж пищевых добавок, трав и других природных препаратов, поступающих на свободный рынок. Целью работы такого отдела было бы отслеживание безопасности и эффективности этих средств, а не отпугивание от них покупателей. На этикетках должны быть показания к применению и рекомендуемые дозы. Другие страны – например, Канада и Германия – добились в этом отношении больших успехов, чем Соединенные Штаты.

Медицинские колледжи, средние медицинские учебные заведения и фармацевтические училища должны обеспечить большую осведомленность своих выпускников о природных лекарственных средствах.

Я твердо убежден в том, что интегративная медицина – это путь в будущее. Она прибегает к фармакологическому лечению как к лишь одному из способов лечения заболеваний и улучшения здоровья только в тех случаях, когда это необходимо, и всегда в контексте более обширного плана лечения, в котором учитывается образ жизни и предусматривается применение нелекарственных методов лечения. Я уверен, что настанет день, когда мы сможем отказаться от термина «интегративная», потому что останется одна, просто хорошая, медицина.

Благодарности

В марте 2015 года моя хорошая знакомая и коллега Виктория Майзес, исполнительный директор центра интегративной медицины при Аризонском университете, собрала для «мозгового штурма» выпускников и сотрудников центра. Целью штурма было составление плана будущей деятельности и определение путей, какими мы могли бы повлиять на будущее здравоохранения. В самом начале работы мы пришли к выводу, что избыточное увлечение лекарствами в нашем обществе является главным приоритетом, и что интегративная медицина может помочь в решении этой серьезной проблемы. Во время той встречи мне пришла в голову мысль о написании книги, и я очень благодарен Виктории за то, что она поддержала меня в этом.

К работе меня энергично побуждали мой литературный агент Ричард Пайн, а также редактор Трейси Бихар из издательства «Литтл и Браун». Я очень благодарен им за поддержку и усилия по подготовке рукописи к печати.

Я не смог бы написать эту книгу без помощи другого моего друга и коллеги, доктора Рассела Гринфилда, который не только редактировал готовые главы и составлял списки литературы, но и

следил за сроками сдачи, а также собрал для меня нужную информацию к главе о лечении простуды и гриппа. Огромное ему спасибо.

Я благодарю также людей, принявших участие в создании книги и перечисленных в самом ее начале. Благодарю я также и пациентов, которые согласились, чтобы я взял их истории в качестве примеров.

Моя помощница Нэнси Олмстед поддерживала образцовый порядок в моем кабинете. Она и мой деловой партнер Ричард Бакстер помогли мне так спланировать работу, чтобы оставалось время на написание книги.

И наконец я от души благодарен моим четвероногим товарищам – собакам Аяксу и Юноне, которые неотлучно находились рядом со мной, облегчая работу над книгой.

Таксон, Аризона

Июнь 2016 года