



Кафедра: Психиатрия и наркология

**СӨЖ**

**Тақырып: Психофармакотерапия**

Орындаған: .Кудайберген Ж М

Факультет: ЖМ

Курс: 5

Топ:26-01

Тексерген:..Медетова А

Алматы 2016 ж

- \* **Психотропные препараты - это вещества, воздействующие на регуляцию центральных нервных функций и влияющие таким образом на психические процессы**





## \* **Значимость психофармакотерапии:**

- Психотропные препараты имеют высокую значимость в лечении психозов, депрессивных расстройств, панических и навязчивых состояний, острых кризисов и суицидальности
- Важный вклад в гуманизацию психиатрии
- Психофармакотерапия делает возможными профессиональную и социальную реабилитацию и интеграцию психически больных: - она является частью общего плана лечения с учетом биологических и (социо-) психодинамических условий возникновения заболевания - в лечении обязателен индивидуальный и ориентированный на пациента подход - необходимо учитывать возможность действия эффекта плацебо

## \* **Общепринятая классификация:**

- Транквилизаторы
- Снотворные
- Антидепрессанты
- Нейролептики/антипсихотики
- Антидементные препараты (ноотропы)
- Стабилизаторы настроения
- Прочие психотропные препараты

\* **Нейролептические (антипсихотические) средства**  
К нейролептикам относят средства, оказывающие купирующее действие на проявление психозов (бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение, кататоническая симптоматика). Данный эффект в настоящее время связывают со способностью блокировать дофаминовые рецепторы мозга (возможно, также серотониновые рецепторы). Этот эффект является общим для всех нейролептиков независимо от их химического строения. Он также наблюдается у некоторых средств, применяемых в соматической практике (резерпина и дроперидола).



\* **Седативный эффект** определяет эффективность нейролептиков при всех формах психомоторного возбуждения, позволяет использовать данные средства для лечения бессонницы. Развивается быстро (через 10—20 мин после инъекции). Более выражен у алифатических фенотиазинов (аминазин, тизерцин), азалептина, хлорпротиксена, дроперидола. Данный эффект развивается при применении нейролептиков в достаточно больших дозах (для купирования возбуждения у больного с психозом требуется обычно 75—150 мг аминазина, иногда больше). Малые дозы нейролептиков могут, напротив, вызвать активизацию.

**Избирательный антипсихотический эффект** выражается в прицельном воздействии на продуктивную симптоматику (бред, галлюцинации, кататонию, навязчивости, сверхценные идеи). Наиболее выражен у бутирофенонов (галоперидол) и трифтазина. Развивается медленно, обычно не ранее чем через 10—15 дней от начала лечения (иногда позже).

**Общий антипсихотический эффект** выражается в общем сдерживании прогрессивности при злокачественных формах шизофрении и в обрывающем воздействии на острый приступ шизофрении.



\* **Активизирующий эффект** некоторых слабых нейролептиков используется для нивелирования явлений апатии и абулии. Эффект проявляется в малых дозах, при передозировке изменяется на обратный. Наиболее выражен у френолона, эгло-нила, модитена, этаперазина.

С учетом необходимости длительного лечения при шизофрении созданы средства пролонгированного действия — модитен-депо и галоперидол-деcanoат (инъекции проводят 1 раз в 3—4 нед), семап (препарат для перорального приема действует 1 нед) и др.

Препараты с малым количеством побочных эффектов (сонапакс, неупептил) применяют в качестве корректоров поведения при асоциальном расстройстве личности. В качестве средств, потенцирующих действие транквилизаторов, нейролептики назначают при неврозах.

Опасным осложнением терапии нейролептиками (особенно аминазином и резерпином) является возникновение депрессии. Некоторые нейролептики, напротив, обладают легким антидепрессивным действием и могут применяться для купирования возбуждения у депрессивных больных (тизерцин, хлорпротиксен, эглонил, сонапакс).

Нейролептики воздействуют на многие трансмиссерные системы, блокируют эффекты дофамина, норадреналина, гистамина, ацетилхолина. С этим связано большое количество неврологических и соматических эффектов данной группы препаратов

\* **Неврологическое действие** выражается нейролептическим синдромом (лекарственным паркинсонизмом), который проявляется мышечной скованностью, тремором, приступами мышечных спазмов и акатизией (неусидчивостью, постоянным желанием менять позу). Этот эффект является побочным, для его купирования применяют центральные холинолитики (циклодол, паркопан, димедрол) и средства, снижающие мышечный тонус (бензодиазепиновые транквилизаторы, барбитураты), иногда ноотропы. Отмена или снижение дозы нейролептика приводит к исчезновению данного расстройства. Другой серьезный неврологический эффект — поздняя дискинезия, проявляющаяся стойкими гиперкинезами, в основном в области лица и головы. Лечение данного расстройства может быть малоэффективным, отмена нейролептика не всегда приводит к улучшению состояния. Поздняя дискинезия развивается после длительного (не менее 6 мес) приема нейролептиков, с большей вероятностью у женщин и лиц старше 40 лет, особенно с органическим поражением ЦНС в анамнезе. Наиболее выраженные неврологические эффекты наблюдаются при применении мощных антипсихотических средств (галоперидол, мажептил, триседил, трифтазин, этаперазин), у седативных нейролептиков они выражены слабо (тизерцин, хлорпротиксен) либо не возникают вовсе (азалептин). С особой осторожностью следует назначать нейролептики больным с органическим поражением мозга в анамнезе. Хотя при эпилептических психозах возможно применение нейролептиков для



\* **Соматические эффекты** нейролептиков многообразны. Снижение артериального давления, ортостатические коллапсы более свойственны средствам с выраженным седативным эффектом (резерпин, аминазин, тизерцин, дроперидол, азалептин). Противорвотное действие может быть использовано в общесоматической практике, оно более всего выражено у мощных антипсихотиков (галоперидол, этаперазин, мажептил). Способность некоторых нейролептиков блокировать гистаминовые  $H_1$  рецепторы, с одной стороны, позволяет использовать их в качестве противоаллергических средств (пипольфен, аминазин), но, с другой стороны, приводит к повышению аппетита и увеличению массы тела (данный эффект используется при лечении нервной анорексии). Нейролептики потенцируют действие обезболивающих средств (например, применение дроперидола для нейролептаналгезии), нарушают терморегуляцию (аминазин снижает температуру тела, азалептин вызывает приступы лихорадки). Повышение уровня пролактина может приводить к гинекомастии, галакторее, аменорее, снижению либидо. М-холинолитический эффект проявляется сухостью во рту, изредка задержкой мочеиспускания. Длительный прием нейролептиков часто вызывает пастозность лица, гиперсаливацию и гиперпродукцию сальных желез.Ф

\* **Токсические эффекты** нейролептиков во многом определяются их химическим строением. Так, для многих производных фенотиазина, характерна относительно высокая гепато-и нефротоксичность. Следует всегда учитывать выраженный местнораздражающий эффект, делающий инъекции этих препаратов весьма болезненными. (В месте инъекций возможно развитие асептических инфильтратов. Внутривенные инъекции во избежание возникновения тромбофлебитов должны проводиться с осторожностью.) При применении больших доз пиперидиновых производных фенотиазина отмечается кардиотоксический эффект. Прием фенотиазинов может вызвать кожную сыпь и повышенную чувствительность кожи к солнечному свету. При назначении азалептина (лепонекс) возможно возникновение агранулоцитоза. Производные тиоксанта и особенно бутирофенона отличаются довольно малой токсичностью.

## \* Антидепрессанты

Главным показанием к назначению антидепрессантов является стойкое снижение настроения (депрессия) различной этиологии. В эту группу включены средства, существенно различающиеся как по химическому строению, так и по механизмам действия. В психофармакологических исследованиях действие антидепрессантов связывают с потенцированием моноаминовых медиаторных систем (в основном норадреналиновой и серотониновой). Однако, возможно, эффект объясняется более глубокой адаптационной перестройкой рецепторных систем, поскольку эффект любого антидепрессанта развивается относительно медленно (не ранее чем через 10—15 дней от начала лечения). Кратковременным антидепрессивным действием обладают также некоторые психостимуляторы (фенамин, сиднофен) и L-триптофан (предшественник серотонина).



\* **Трициклические антидепрессанты** (ТЦА) в настоящее время наиболее часто применяют для лечения депрессии. По химическому строению они близки к фенотиазинам. Наиболее мощными препаратами являются амитриптилин и имипрамин (мелипрамин). Антидепрессивное действие этих средств развивается относительно медленно, повышение настроения и исчезновение идей самообвинения наблюдаются примерно через 10—14 дней от начала лечения. В первые дни после приема более выражены дополнительные эффекты. В частности, для амитриптилина характерен выраженный седативный, противотревожный, снотворный, а для мелипрамина — активизирующий, растормаживающий эффект (табл. 15.4). Одновременно развивается М-холинолитический эффект, проявляющийся сухостью во рту, иногда нарушением аккомодации, запором, задержкой мочеиспускания. Нередко наблюдаются увеличение массы тела, снижение или повышение артериального давления. Опасными осложнениями при применении ТЦА являются нарушение сердечного ритма, внезапная остановка сердца. Эти побочные эффекты ограничивают их прием лицам старше 40 лет (особенно при ишемической болезни сердца, закрытоугольной глаукоме, аденоме предстательной железы). Исключение составляют азафен и герфонал, применение которых считается довольно безопасным в любом возрасте. Большое сходство клинического эффекта с действием ТЦА обнаруживается у лудиомила (мапротилин) и седативного антидепрессанта миансерина (леривон). В случаях резистентности к ТЦА они могут оказаться более эффективными.

## \* **Транквилизаторы (анксиолитики)**

Под транквилизирующим (анксиолитическим) эффектом понимают способность данной группы препаратов эффективно купировать тревогу, внутреннее напряжение, беспокойство. Хотя данный эффект может облегчать засыпание, однако он не должен рассматриваться как синоним снотворного действия, поскольку успокоение больных не всегда сопровождается сонливостью — иногда, наоборот, повышается активность.

Точкой приложения транквилизаторов в настоящее время считают хлор-ионный рецепторный комплекс, состоящий из ГАМК-рецептора, бензодиазепинового рецептора и хлорного канала. Хотя главными представителями транквилизаторов являются бензодиазепины, любые средства, воздействующие на хлор-ионный комплекс (ГАМКергические, барбитураты и прочие), могут рассматриваться как транквилизаторы. Высокоизбирательная тропность транквилизаторов к бензодиазепиновым рецепторам определяет, с одной стороны, малое количество побочных эффектов, а с другой стороны, довольно узкий спектр психотропной активности. Транквилизаторы в качестве основного средства могут применяться только при самых мягких невротических расстройствах. Они широко используются здоровыми людьми при возникновении ситуационно обусловленного волнения и напряжения. Для купирования острого психоза (например, при шизофрении) транквилизаторы неэффективны — предпочтительно назначение нейролептиков.

## \* Психостимуляторы

К этой группе относят средства различного химического строения, вызывающие активизацию, повышение работоспособности, чаще за счет высвобождения имеющихся в депо медиаторов. Первым введенным в практику препаратом был фенамин (амфетамин), однако в связи с выраженной склонностью вызывать зависимость фенамин в России был включен в список наркотиков. В настоящее время чаще всего применяется сиднокарб, другие препараты этой группы — сиднофен, кофеин. В психиатрии психостимуляторы применяют крайне ограниченно. Показаниями являются мягкие депрессивные состояния и апатико-абулические состояния при шизофрении. Антидепрессивный эффект психостимуляторов кратковременный. После каждого применения препарата требуется полноценный отдых для восстановления сил — в противном случае повышается толерантность с последующим формированием зависимости. Психостимуляторы (фенамин, фепранон) снижают аппетит. К побочным эффектам относятся бессонница, усиление тревоги и беспокойства, обострение психоза у больных с бредом и галлюцинациями.



## \* Ноотропы

Группа ноотропных средств лишь условно относится к психотропным веществам, поскольку в большинстве случаев при применении ноотропов не наблюдается непосредственного изменения психического состояния человека. Данные средства обладают медленным действием, облегчающим протекание процессов мышления и улучшающим память. В настоящее время к ноотропоподобным относят широкий круг препаратов с самыми разнообразными механизмами влияния на мозг. Это предшественники медиаторов, дериваты витаминов, незаменимые аминокислоты, антиоксиданты, эссенциальные липиды, средства, улучшающие кровоснабжение мозга, и многие другие. Чаще других применяют производные ГАМК — аминалон, пирацетам (ноотропил), фенибут, натрия оксибутират, пантогам, пикамилон. Пиридитол является производным пиридоксина (витамин В<sub>6</sub>). Церебролизин (гидролизат мозговой ткани) содержит комплекс незаменимых аминокислот. В начальной стадии болезни Альцгеймера для улучшения памяти применяют ингибиторы холинэстеразы (прозерин, амиридин). Показанием к применению ноотропов

\* **Препараты, стабилизирующие настроение (нормотимики)**  
До последнего времени данная группа включала только **соли лития** (карбонат или оксибутират). Первоначально предложенные для лечения мании соли лития все чаще используются для профилактики как маниакальных, так и депрессивных фаз при МДП и шизофрении. Недостатком этих средств является малая терапевтическая широта. При передозировке быстро развиваются полиурия, тремор рук, диспепсия, неприятный вкус во рту, сонливость, головные боли, нарушение функции щитовидной железы. Поэтому дозу лития следует еженедельно контролировать, определяя его содержание в плазме крови. Обычно для профилактики аффективных фаз достаточно 0,6— 0,9 ммоль/л. Для лечения острой мании можно повысить концентрацию до 1,2 ммоль/л, однако для лечения мании в последние годы все чаще применяют нейролептики (гапопери-дол). При приеме лития следует строго следить за приемом соли и жидкости, а также за диурезом во избежание нежелательных колебаний концентрации препарата

Спасибо за внимание!

