

Международный казахско-турецкий  
университет им.Х.А.Ясави.  
Кафедра специальных клинических  
дисциплин.  
Приняла:Алпысбаева Н.Б.  
Подготовила:Маматраймова Ю.М. гр.ОМ-523

## **СРС на тему: Снотворные и седативные средства**



# План:

1. Снотворные средства.
2. Механизмы формирования лекарственной зависимости
3. Этапы лекарственной зависимости
4. Симптомы лекарственной зависимости
5. Седативные средства
6. Зависимость от седативных препаратов
7. Лечение зависимости от седативных и снотворных препаратов
8. Заключение.
9. Список используемой литературы

# Снотворные средства

- это группа лекарственных препаратов, предназначенная для облегчения засыпания и обеспечивающая адекватную продолжительность и нормальное качество сна.

Желание обеспечить хороший сон с давних пор приводило людей к попыткам использовать те или иные продукты и чистые вещества, как снотворное. Ещё ассирийцы около 2000 г. до н. э. использовали препараты белладонны для улучшения сна. Египтяне применяли опиум уже в 1550 г. до н. э.



На сегодняшний день существует много групп лекарственных препаратов, обладающих снотворным эффектом: производные бензодиазепина, производные циклопирролона, производные имидазопиридина. Показаниями к их применению являются инсомнии, эпилепсия, они также оказывают седативное действие при неврозах.



Механизм действия похож у разных групп снотворных препаратов. Гамма-аминомасляная кислота связывается с ГАМК-А рецепторами, в которых участок связывания нейромедиатора и ионный канал составляют один макромолекулярный комплекс. Поскольку ионный канал, входящий в состав ГАМК-А рецептора, селективно пропускает внутрь нейрона анионы хлора, активация ГАМК-А рецептора приводит к гиперполяризации нейрона. Снотворные связываются со специфическим участком ГАМК-А рецептора и усиливают тормозное влияние за счет изменения его конфигурации. Тем самым данные препараты усиливают сродство рецептора к ГАМК.

У снотворных средств много нежелательных побочных эффектов. К таковым относятся: развитие психической и физической зависимости, развитие толерантности. Снотворные средства также не рекомендуется принимать беременным женщинам, так как они могут оказывать тератогенное действие.



## Механизмы формирования лекарственной зависимости снотворных средств

Лекарственная зависимость — синдром, развивающийся при употреблении психотропных веществ; характеризуется патологической потребностью в приеме таких веществ для того, чтобы избежать развития абстиненции или психических нарушений и состояния дискомфорта, возникающих при прекращении их приема либо при введении антагонистов этих веществ.

Адаптивные изменения в головном мозге, развивающиеся при длительном применении лекарственных веществ, имеют различный характер. Они могут проявляться истощением запасов нейромедиаторов, уменьшением активности рецепторов, изменениями в системе вторичных мессенджеров.

Механизмом развития лекарственной зависимости снотворных средств является увеличение проницаемости Ca-каналов мембран нейронов.

# Этапы формирования лекарственной зависимости снотворных средств

- ◎ **I стадия** - характеризуется развитием психической зависимости и нарастанием толерантности при минимальной выраженности физической зависимости. В клинической картине преобладают астенические расстройства, эмоциональная лабильность, раздражительностью, нарушениями сна. Эти явления купируются повторным употреблением снотворного средства.
- ◎ **II стадия** "большие наркоманические синдромы" достигают в своем развитии максимальной выраженности. Влечение к употребляемому веществу компульсивное. Абстинентный синдром тяжелый. Толерантность высокая. Астения прогрессирует. Появляются выраженные аффективные расстройства и отчетливые личностные изменения.
- ◎ **III стадия** - характеризуется ослаблением толерантности, глубокими необратимыми психическими и соматическими расстройствами. Интеллектуальные и мнестические расстройства резко выражены. Больные резко астенизированы и эмоционально лабильны вплоть до недержания аффекта. Употребление лекарственного средства не обеспечивает психофизического комфорта.



## Симптомы лекарственной зависимости снотворных средств

- ◎ Отсутствие снотворного эффекта терапевтических доз, потребность в увеличении снотворной дозы, нарушения сна вне приема лекарства.
- ◎ Психический дискомфорт вне приема снотворных (навязчивые мысли, пониженное настроение, страхи).
- ◎ Потребность в регулярном приеме.
- ◎ Эйфорическое действие снотворных при увеличении разовой дозы.

# Лечение барбитуровой лекарственной зависимости

Существуют три способа лечения:

- ◎Провокационная проба с пентобарбиталом
- ◎Метод фенобарбиталовых эквивалентов
- ◎Метод насыщающей дозы

## Провокационная проба с пентобарбиталом

Больному дают 200 мг пентобарбитала внутрь и через час проводят неврологическое обследование, определяют степень толерантности. Если через час после приема пентобарбитала неврологических изменений нет, то привычная суточная доза пентобарбитала, видимо, не меньше 1200 мг. В этом случае все исследование повторяют через 3—4 ч, но уже с 300 мг пентобарбитала. Отсутствие неврологических изменений говорит о толерантности к суточной дозе выше 1600 мг.

Определенную таким способом ориентировочную суточную дозу назначают на 2—3 сутки и затем, если нет абстинентного синдрома, начинают отмену. Помимо пентобарбитала применяют и фенобарбитал, однако при использовании фенобарбитала отмена протекает легче. Суточную дозу пентобарбитала делят на 4 равные части и дают внутрь с интервалами 4—6 ч. Суточная доза фенобарбитала обычно втрое меньше (препарат действует дольше), делят ее на 3 равные части и дают каждые 8 ч. Скорость снижения дозы обоих препаратов — на 10% начальной суточной дозы ежедневно (если начальная суточная доза пентобарбитала была 600 мг, то скорость ее снижения должна быть 60 мг/сут; при начальной суточной дозе фенобарбитала 200 мг — 20 мг/сут). При такой медленной отмене проявления абстинентного синдрома минимальны и легко переносятся.

## Метод фенобарбиталовых эквивалентов

Зная общую суточную дозу используемых препаратов и рассчитав их фенобарбиталовый эквивалент, можно определить исходную суточную дозу фенобарбитала. Интервалы между приемами фенобарбитала — 8 ч; снижение дозы начинают через 2—3 сут, если нет абстинентного синдрома. Суточную дозу ежедневно уменьшают на 10%. Многие врачи применяют данный метод с неохотой, поскольку больные не всегда соблюдают режим приема. Имеются также данные, что использование метода фенобарбиталовых эквивалентов в амбулаторных условиях таит в себе риск для больного и окружающих, так как приводит к учащению эпилептических припадков, нарушений ритма сердца.

## Метод насыщающей дозы

Больному в течение короткого времени дают все новые и новые дозы фенобарбитала внутрь, пока не добьются легкой интоксикации. Обычно дают 120 мг фенобарбитала каждый час до появления атаксии, нистагма, сонливости или эмоциональной лабильности. По разным данным, общая насыщающая доза фенобарбитала составляет 1300—1500 мг. Фенобарбитал выводится из организма медленно, поэтому абстинентный синдром протекает достаточно легко. Если суточная потребность в фенобарбитале составляла менее 500 мг, то обычно достаточно наблюдения и симптоматического лечения.

## Лечение бензодиазепиновой лекарственной зависимости

- ⦿ Назначение замещающих доз барбитуратов
- ⦿ Возврат к привычной дозе бензодиазепина и ее постепенное снижение (на 10—20% каждые 2—3 сут);
- ⦿ Замена принимаемого бензодиазепина на препарат длительного действия (например, празепам) с последующим постепенным снижением дозы.
- ⦿ Если больной плохо переносит замену препарата или снижение дозы, то на завершающих стадиях отмены (последние 5—10 сут) может быть эффективен карбамазепин, 100—300 мг/сут внутрь. Однако эффективность данного метода подтверждена лишь единичными описаниями случаев.

# СЕДАТИВНЫЕ ПРЕПАРАТЫ



# СЕДАТИВНЫЕ СРЕДСТВА

- Эти средства оказывают недифференцированное успокаивающее действие, снижают возбуждение ЦНС и её реактивность в отношении постоянно действующих раздражителей повседневной жизни, снижают темп мышления.





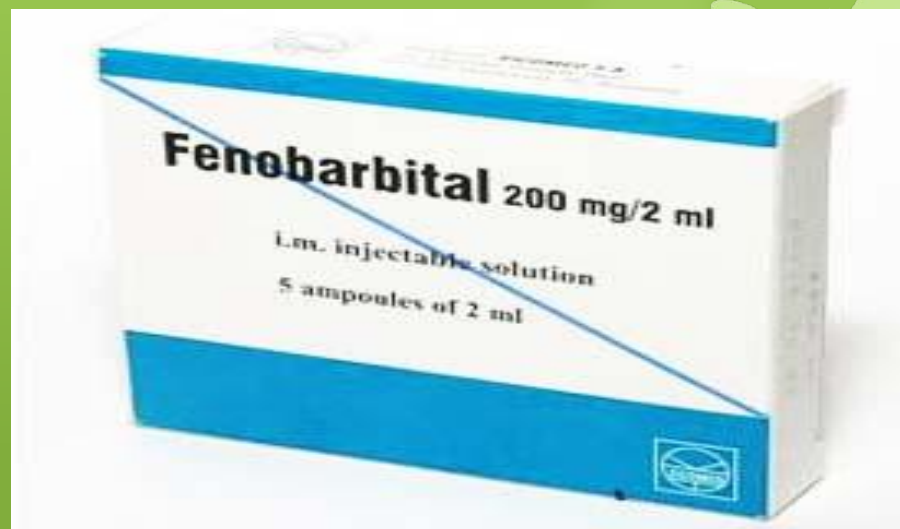
К седативным препаратам относят вещества, снижающие активность и вызывающие спокойствие, а снотворными (гипнотическими) - вещества, вызывающие дремотное состояние и сон. К этим веществам относят также малые транквилизаторы, снижающие тревогу, или анксиолитики.

- Включает две группы препаратов, вызывающих лекарственную зависимость. К первой относятся снотворные средства, производные барбитуровой кислоты и др., ко второй - анксиолитики, предпочтительно транквилизаторы бензодиазепиновой группы (диазепам, нитразепам, феназепам и др.). Злоупотребление седативными средствами с формированием последующей зависимости происходит двумя направлениями: первый - лекарственный прием с последующей зависимостью и второй - с целью первичной наркотизации, для достижения эйфорического состояния. Усиление контроля над использованием этих средств сократил масштабы их употребления, однако они еще часто доступны, как «уличные наркотики». Из производных этих двух групп чаще злоупотребляют бензодиазепинами. Более серьезные проблемы связаны со злоупотреблением барбитуратами.

# Малые дозы барбитуратов

**Барбитуратами называют** лекарства, являющиеся производными барбитуратовой кислоты. Все они оказывают сходное действие на организм, то есть вызывают угнетение мозговых центров, контролирующих высшую нервную деятельность. По этой причине **барбитураты** используются для лечения бессонницы и снятия напряжения и неуверенности.

Первый **барбитурат** под названием «веронал» был впервые применён в 1903 г. Через десять лет был произведён ещё более сильный, и по сей день используемый препарат под названием **фенобарбитал**. С тех пор было разработано ещё много **барбитуратов**, которые однако не имеют между собой существенных различий.



С точки зрения скорости и длительности фармакологического действия **барбитураты делятся на три группы:**

1) **Барбитураты** короткого действия используются для того, чтобы вызвать у пациента сон как можно быстрее. Они начинают действовать уже через пятнадцать минут, но вызванный ими сон длится недолго - от трёх до четырёх часов. В медицине они используются как предварительный этап общей анестезии и для засыпания в более лёгких случаях бессонницы. Эти препараты не вызывают интереса у наркоманов. **К ним принадлежат циклобарбитал, гексобарбитал, тиопентал, кемитал.**

2) **Барбитураты** средней длительности действия используются в психиатрической практике. Принимаемые через рот они через полчаса вызывают сон, длящийся восемь часов. **К ним принадлежат: амитал («Green Dragons» - «зелёные драконы»), нембутал («Yellow Jackets» - «жёлтые рубашки») и секонал («Red Devils» - «красные дьяволы»).**

**Эта группа барбитуратов пользуется** наибольшей популярностью среди наркоманов во всём мире, о чём свидетельствует множество неофициальных названий, которые встречаются в международном жаргоне у наркоманов.

3) **Барбитураты** длительного действия погружают пациента в продолжительный сон. Главным представителем этой группы является **фенобарбитал**, используемый в медицине как средство от эпилепсии.

# Препараты растительного происхождения

Растительные успокаивающие средства ослабляют процессы возбуждения в ЦНС, особенно когда оно преобладает над торможением. Подобно бромидам, фитопрепараты отчетливо действуют на кору больших полушарий, а также на подкорковые центры головного мозга. Эффект растительных средств, являющихся суммарными водными или спиртовыми извлечениями из лекарственного сырья, обусловлен композицией действующих веществ. Седативные фитопрепараты могут оказывать также спазмолитический эффект на гладкомышечные органы.





Растительные седативные препараты в основном отличаются хорошей переносимостью. У пациентов с повышенной чувствительностью они могут вызывать вялость, сонливость, легкое головокружение.

Рассмотрим подробнее успокаивающие лекарственные растения. Наиболее широко известны, безусловно, валериана (настой из корневищ с корнями, настойка, густой экстракт) и пустырник (настой из травы, настойка). Рекомендуется воздерживаться от употребления валерианы накануне хирургического вмешательства, при беременности, лактации, у детей до 12 лет. Есть данные и о гепатотоксичности этого растения.

Как лекарственное сырье, используются верхние части пустырника в начале периода цветения. Их сушат в тени, в таком месте, где есть небольшое движение воздуха, раскладывая сырье тонким слоем. Таким образом его можно хранить до трех лет.

В траве пустырника содержится **эфирное масло, дубильные вещества, сапонины, органические кислоты, алкалоиды, флавоноиды, сахаристые вещества, гликозиды и минералы**.



# БРОМИДЫ

Впервые применены в 1857 году.

## Механизм действия

рассматривается в соответствии с концепцией И.П.Павлова, который впервые доказал, что бромиды усиливают процессы торможения и предложил использовать их для лечения неврозов.

Итак, бромиды усиливают процессы торможения в ЦНС, приводя их в соответствие с процессами возбуждения (на фоне исходного усиления последних). Эффективность действия бромидов существенно зависит от конституциональных особенностей личности ("слабый тип" личности нуждается в меньших дозах, чем "сильный тип").



# БРОМИДЫ

## Другие действия:

- слабо выраженное снотворное действие
- слабо выраженное противоэпилептическое действие
- потенцирование действия других средств, угнетающих ЦНС

## Показания:

- 1) слабо выраженные невротические расстройства
- 2) слабо выраженные инсомнические расстройства





# БРОМИДЫ

## Нежелательные побочные действия:

При длительном применении развивается материальная кумуляция бромидов с развитием картины хронического отравления - бромизма. Клиника бромизма связана с резким угнетением ЦНС, когнитивно-мнестическим дефицитом, тремором, диспепсией, нарушением пищеварения, поносами, кашлем, насморком, появлением зудящих высыпаний на коже и слизистых оболочках.

**Лечение бромизма** - отмена бромидов, обильное питье NaCl-содержащих жидкостей, применение мочегонных, частые ванны.

**Противопоказания:** Патология почек



Однако длительное применение бромидов ограничивается хронической интоксикацией (бромизмом), а фенобарбитал вызывает лекарственную зависимость.

В высоких дозах они проявляют сравнительно слабое противосудорожное и противоэпилептическое действие.

Также из-за возможной сонливости, раздражения кожи вплоть до угревой сыпи и слизистых оболочек (кашель, насморк, конъюнктивит) вследствие выведения через железы бромиды постепенно утрачивают популярность. Повсеместно возрастает интерес к седативным препаратам растительного происхождения, эффект которых довольно мягок.



Существуют два пути развития зависимости от лекарственных препаратов:

Медицинский, когда пациент длительное время принимает препарат в терапевтических дозах по назначению врача. В таких случаях зависимость от снотворно-седативных препаратов развивается относительно медленно: в течение 1-2 лет.

Немедицинский путь, когда злоупотребление снотворно-седативными препаратами начинается с доз в несколько раз превышающих терапевтическую, целенаправленно для достижения опьянения. В таких случаях первые симптомы наркомании появляются через 1-2 месяца от начала злоупотребления. Снотворно-седативные могут применяться для смягчения синдрома отмены алкоголя и опиатных наркотиков, что приводит к ускоренному формированию сочетанной зависимости.

Зависимость от транквилизаторов и снотворных развивается постепенно: вначале отмечаются однократные приёмы препаратов.

Первым переломным моментом в развитии зависимости является открытие эйфорического эффекта больших доз лекарственных препаратов. На этом этапе развития зависимости у больного формируется предпочтение к злоупотреблению каким-либо средством, появляется патологическое влечение к нему и возникает психологическая зависимость.

Постепенно растёт толерантность: если первоначально эффект возникал от дозы, превышающей терапевтическую в два-три раза, то на пике - может увеличиться до десятка раз. Изменяется форма потребления препарата: больные переходят на систематический и неоднократный в течение дня прием. Вне опьянения больной ощущает неудовлетворенность и беспокойство. Через 5-6 месяцев от начала злоупотребления развивается физическая зависимость от потребляемого препарата. Систематический прием продолжается для избежания абстинентного синдрома. Больные перестают ощущать эйфорический эффект и могут начать совмещать прием снотворных, транквилизаторов и алкоголя, усиливать эффект питьем теплой воды. Осложнения со стороны организма появляются уже на первой стадии злоупотребления в виде токсических гепатитов, жировой дистрофии печени, цирроза, миокардиодистрофии, токсической энцефалопатии, поражения нервной системы.

## Лечение зависимости от снотворно-седативных препаратов

Лечение такой зависимости проводится исключительно в стационарных условиях. Для предупреждения судорожных припадков и психозов прием снотворно-седативных препаратов снижают постепенно до полной отмены. Больной в обязательном порядке должен быть дополнительно обследован терапевтом, кардиологом, неврологом. Для устранения соматических нарушений проводится инфузионная и эфферентная терапия, витаминотерапия. Назначаются препараты для поддержания сердечно-сосудистой системы, гепатопротекторы. Проводятся длительные курсы иглорефлексотерапии, электропсихотерапии, физиотерапии и психотерапии. Длительность стационарного лечения может составлять до 25 суток.



## Заключение:

Многие заболевания можно вылечить с помощью лекарственных средств, и большинство из них можно купить в аптеке без рецепта. Мы это хорошо знаем, и часто сами назначаем себе то или иное лекарство. А между тем, в некоторых препаратах содержатся вещества, способные вызвать привыкание. Можно и не заметить, как возникает зависимость. Поэтому самой главной профилактикой для не возникновения лекарственной зависимости является лечение пациента под контролем врача. Нужно помнить о том, что мы сами ответственны за свое здоровье и жизнь.



## Список используемой литературы

- 1.Токсикологическая химия. Метаболизм и анализ токсикантов.  
Под ред. Н.И.Калетино
- 2.<http://www.eurolab.ua/encyclopedia/narcology/9177/>
- 3.Джордж Арана, Джеральд Розенбаум «Руководство по психофармакотерапии»
- 4.Справочник "Лекарственные средства", под редакцией Ключева М. А., Москва, 2001 год.
- 5.Справочник "Лекарственные средства" М.Д. Машковский, 14-е издание, том
- 6.<http://www.spbnarcolog.ru/snotvorno-sedativnye.html#>

Спасибо за внимание

