

ЗАПОРОЖСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии,
наркологии и сексологии

ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Заведующий кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской
психологии, наркологии и сексологии
д.м.н., проф. В. В. Чугунов

ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ВАРИАНТЫ

```
graph TD; A[ВАРИАНТЫ] --> B[Биологическая терапия]; A --> C[Психотерапия]; A --> D[Социальная реабилитация]; B --> B1["- методы лечебного воздействия на биологические процессы, лежащие в основе психических нарушений."]; C --> C1["- система психологических методов лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного («лечение словом»)."]; D --> D1["- комплекс мер, направленных на максимальное приспособление психически больных к жизни в обществе и восстановление их профессионального функционирования."];
```

■ Биологическая терапия

- методы лечебного воздействия на **биологические процессы**, лежащие в основе психических нарушений.

■ Психотерапия

- система психологических методов лечебного воздействия на **психику** и через психику на организм больного («лечение словом»).

■ Социальная реабилитация

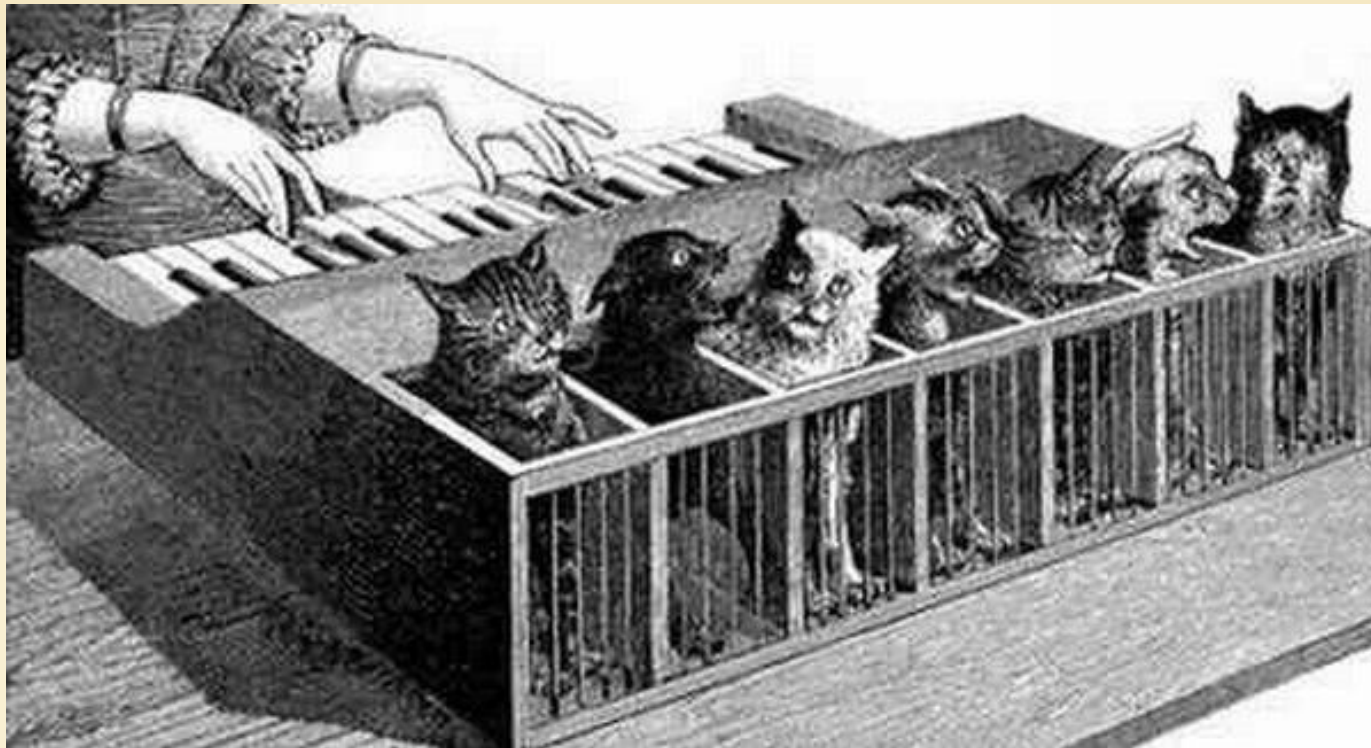
- комплекс мер, направленных на максимальное приспособление психически больных к жизни в обществе и восстановление их профессионального функционирования.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Год введения	Название терапии	Вид терапии
1918	МАЛЯРИОТЕРАПИЯ - для лечения прогрессивного паралича (форма сифилиса мозга)	ПИРОГЕННАЯ ТЕРАПИЯ
1924	СУЛЬФАЗИНОТЕРАПИЯ - (в/м 1% взвесь серы в оливковом масле) для лечения шизофрении	
1935	ИНСУЛИНОКОМАТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ	«ШОКОВЫЕ» МЕТОДЫ
1938	ЭЛЕКТРОСУДОРОЖНАЯ ТЕРАПИЯ	
1950	АТРОПИНОКОМАТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ	
1936	ЛОБОТОМИЯ (лейкотомия)	НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ
1952	АМИНАЗИН (хлорпромазин) – первый нейролептик	ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ
1955	ИМИПРАМИН – первый антидепрессант	
	ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ЦИРКАДНЫЕ РИТМЫ (терапия сном, электросон, депривация сна)	ДРУГИЕ МЕТОДЫ
	ДИЕТО-РАЗГРУЗОЧНАЯ ТЕРАПИЯ	
	ФОТОТЕРАПИЯ – лечение светом	
	ЭФФЕРЕНТНЫЕ МЕТОДЫ (гемосорбция, плазмаферез)	

ИСТОРИЯ ТЕРАПИИ

Katzenklavier (котопианино)



Запатентованный
в 1650 году
ученым
Athanasius
Kircher
музыкальный
инструмент для
лечения
депрессии.

Инструмент состоял из ряда клеток, в которых сидели коты, хвосты которых были зажаты в специальной клавиатуре наподобие рояльной. При нажатии на клавишу хвост одного из котов прищемлялся, и животное начинало громко мяукать.

ИСТОРИЯ ТЕРАПИИ

Трепанация



Ян ван Хемессен (Jan Sanders van Hemessen)
«Извлечение камней глупости». 1545—1550 гг.

ИСТОРИЯ ТЕРАПИИ

Смирительные рубашки



«ШОКОВЫЕ» МЕТОДЫ

Электро- судорожная терапия (ЭСТ)

Основные показания:

- Резистентная депрессия
- Кататонический синдром (в т.ч. фебрильная кататония)
- Резистентная шизофрения



Инсулинокоматозная терапия – введение увеличивающихся доз инсулина до развития гипогликемических ком.

Показания: терапевтически резистентная шизофрения.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

- Избирательное хирургическое удаление или разрушение элементов проводящих нервных путей в целях воздействия на психику больного (ВОЗ, 1976)

ЛОБОТОМИЯ (Эгаш Мониш, 1936 год; Нобелевская премия, 1949)

- Разрушение белых волокон соединяющих лобные доли с другими отделами мозга (префронтальные зоны интегрируют деятельность мозга).
- Расцвет в 50-70 гг, в мире прооперировано 100 тыс. больных. В СССР запрещена с 1950г.

ПОБОЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

- отсутствие эмоций,
- «лобный синдром» с аспонтанностью,
- очаги эпилептической активности на месте рубцовой ткани (как осложнение).

ПОКАЗАНИЯ:

- резистентные депрессии,
- тревожные расстройства,
- агрессивное поведение у больных шизофренией.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ГМ

- Позволяют воздействовать точно на патологический очаг или на строго определенные зоны лимбической системы.

Используются редко,
эффективность подвергается
сомнению, часто осложнения и
рецидивы болезни.

ПОКАЗАНИЯ:

- опухоли мозга,
- эпилепсия,
- резистентные депрессии,
- обсессивно-компульсивные расстройства,
- наркозависимости.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

ПСИХОТРОПНЫЕ (психофармакологические) СРЕДСТВА

- группа лекарственных средств, оказывающих преимущественное влияние на психические процессы.
- Психотропные средства способны регулировать нарушенную психическую деятельность и применяются для лечения психических болезней.

ПСИХОТРОПНЫЕ ПРЕПАРАТЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ



АНТИПСИХОТИКИ

- Основное действие – антипсихотическое (редукция бреда и галлюцинаций)
- Ранее назывались также **«большими транквилизаторами»** (major tranquilizers), или **«атарактиками»** (ataractics), по причине вызываемого ими выраженного седативного, снотворного и транквилизирующе-противотревожного эффекта и специфического состояния безразличия к внешним стимулам («атараксии»).
- Самый первый нейролептик — хлорпромазин (аминазин), который синтезировался как антигистаминный препарат в 1950; его эффективность была обнаружена в 1952 году.
- После описания двигательных (экстрапирамидных, ЭПС) побочных эффектов хлорпромазина, препараты этой группы стали называть **нейролептики** (греч. neuron – нерв, leptikos – способный взять).
- Основной механизм действия всех антипсихотиков – блокада постсинаптических **дофаминовых** рецепторов.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИПСИХОТИКОВ

А. Традиционные антипсихотики (нейролептики)

1) Преимущественно с седативным действием

- Имеют выраженное седативное действие за счет блокады гистаминовых и альфа-1 адренорецепторов (из-за этого еще сильно снижают АД!).
- Быстро купируют состояния психомоторного возбуждения!!

Аминазин – табл. по 25мг, 2,5% р-р для в/м введения (в/в нельзя - флебиты!). Для купирования психомоторного возбуждения 2,0 в/м.

Тизерцин

2) Преимущественно с антипсихотическим действием

- Имеют высокое сродство к дофаминовым рецепторам, мало влияют на другие рецепторы.
- Оказывают **выраженное антипсихотическое действие**, вызывают выраженные экстрапирамидные (поэтому часто назначают с корректорами ЭПС, например, т.циклодола 2-4 мг/сут) и эндокринные (гиперпролактинемия) побочные эффекты

Галоперидол – табл. по 1,5мг и 5мг, 0,5% р/р для в/м и в/в

Тифтазин

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИПСИХОТИКОВ

3) "Малые" антипсихотики

- Имеют малое сродство к дофаминовым рецепторам => слабое антипсихотическое действие, но обладают анксиолитическим, седативным, снотворным, вегетостабилизирующим действием.
- Используются для терапии резистентных тревожных расстройств, для коррекции поведенческих расстройств у страдающих психопатиями, олигофрениями, купирования возбуждения у пожилых больных (например, при сосудистой спутанности), для лечения расстройств сна.

Сульпирид (эглонил)

Тиоридазин (сонапакс) – табл по 10 и 25мг

Тиапридал (тиаприд) – табл по 100 мг

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИПСИХОТИКОВ

Б. Атипичные антипсихотики

- В отличие от традиционных нейролептиков вызывают **меньше ЭПС** (поэтому их всегда называют антипсихотики, а не нейролептики).
- Способны оказывать влияние на **негативные симптомы шизофрении**
- Имеют **меньшее сродство к дофаминовым рецепторам и блокируют серотониновые**

Клозапин (азалептин, лепонекс) – препарат, используемый при терапевтической резистентности к другим антипсихотикам

Рisperидон (рисполепт, сперидан)

Оланзапин (зипрекса)

ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ ФОРМЫ АНТИПСИХОТИКОВ

Специальные лекарственные формы нейролептиков, которые после в/м введения постепенно высвобождаются из мышечного депо в кровь и оказывают терапевтическое действие в течение длительного времени (до 1 месяца)

Преимущества перед таблетированными формами:

- Полный контроль приема препарата (многие больные перестают принимать препарат на начальных стадиях обострения, что еще более ухудшает их состояние)
- Удобство приема (1-2 раза в месяц)
- Меньшие колебания концентрации препарата -> меньше побочных эффектов

Препараты:

Галоперидол-деcanoат

Клопиксол-депо

Рисполепт-конста

ЧЕТЫРЕ ДОФАМИНЕРГИЧЕСКИХ ТРАКТА ГОЛОВНОГО МОЗГА



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

ТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ

Блокада допаминовых рецепторов:
антипсихотический эффект.

Побочные эффекты:

- гиперпролактинемия
- негативные симптомы
- тардитивная дискинезия

Альфа1-адренорецепторы – блокада:

- Снижение АД
- Головокружение
- Сонливость

H1-гистаминовые рецепторы – блокада:

- Увеличение массы тела
- Сонливость

M1-рецепторы – блокада:

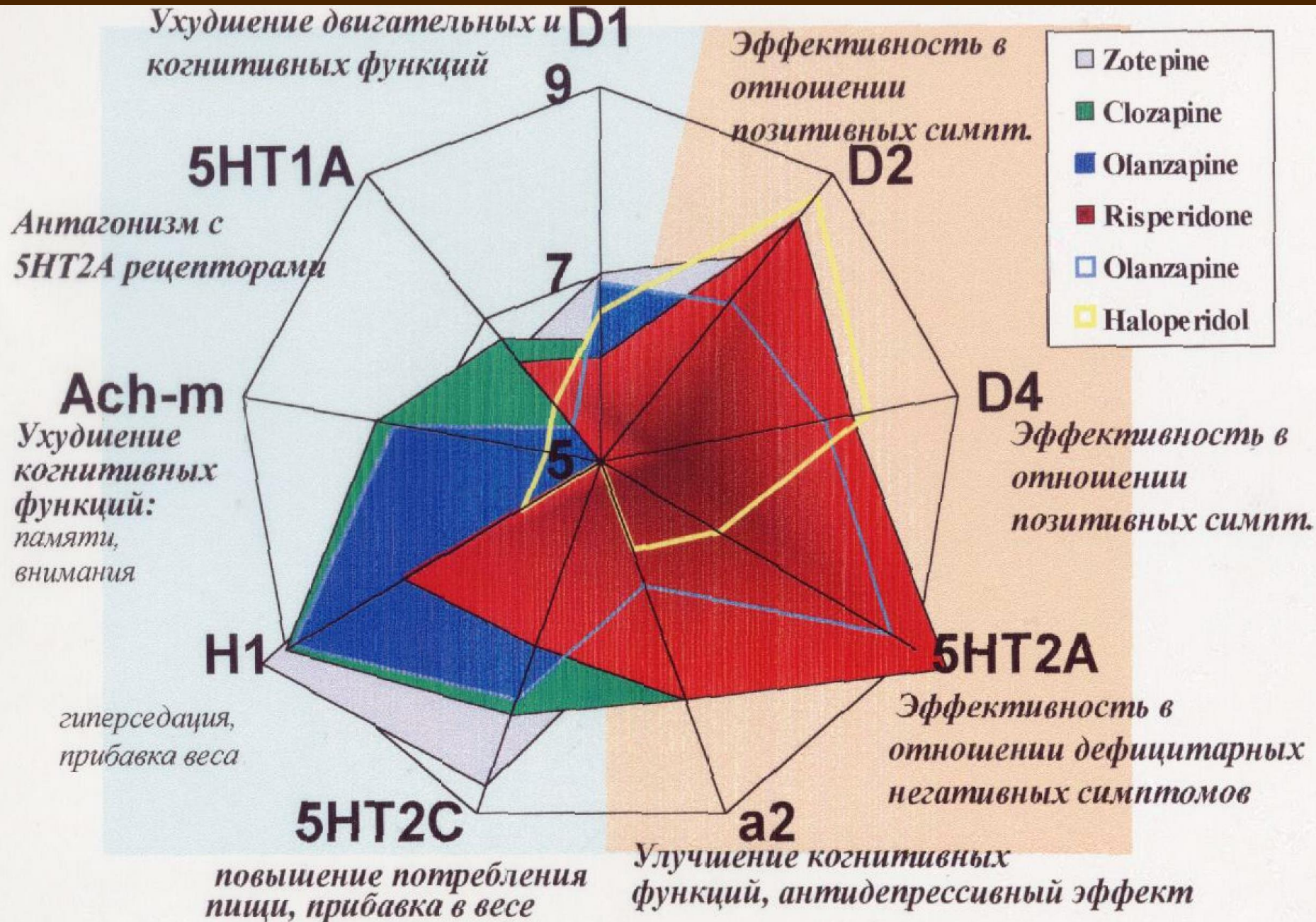
- Запор
- Сухость во рту
- Сонливость
- Сужение полей зрения



МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ



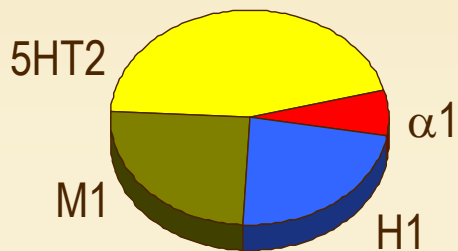
СЕКТОРА ПОЛЬЗЫ И ВРЕДА



СЕЛЕКТИВНОСТЬ АНТИПСИХОТИКОВ

Относительное сродство, in vitro

клозапин



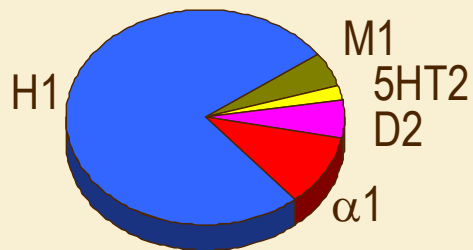
амисульприд



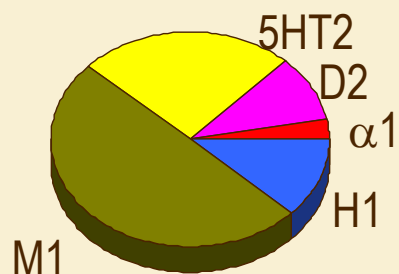
рисперидон



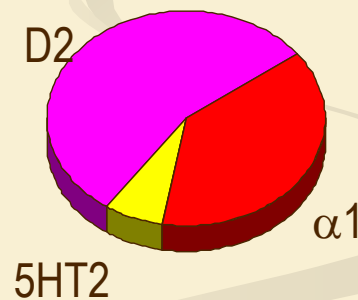
кветиапин



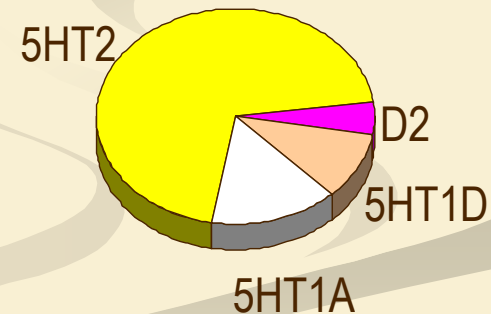
оланзапин



галоперидол



зипразидон



From Richelson 1996, Schoemaker et al 1997, Seeger et al 1995

ОСОБЕННОСТЬ АТИПИЧНЫХ АНТИПСИХОТИКОВ

Единственное свойство, присущее всем атипичным антипсихотикам: «способность вызывать антипсихотический эффект в дозах безопасных с точки зрения развития ЭПС» (Мелзер, 1995).

Характерные свойства:

- меньшая способность вызывать ЭПС

Предполагаемые критерии выделения:

- седативный эффект
- воздействие на ССС
- нет сексуальных расстройств
- пролактинемия
- увеличение массы

тела

Свойства, улучшенные в сравнении с классическими:

- эффективность при (+) симптомах
- эффективность при (-) симптомах
- эффективность в резистентных

случаях

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

Связанные с блокадой дофаминовых рецепторов

- Блокада **дофаминовых** рецепторов, кроме антипсихотического эффекта, вызывает развитие **экстрапирамидных симптомов** (ЭПС, см. следующие слайды) и увеличение уровня **пролактина** в крови (у женщин приводит к нарушениям менструального цикла, галактореи, у мужчин – снижению либидо и импотенции)

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

АКАТИЗИЯ

(от греч. *a* - отрицательная
частица и *kathisis* - сидение)

- неприятное чувство внутреннего дискомфорта, проявляющееся в неусидчивости, невозможности оставаться на месте.

- Тяжесть акатизии может варьировать от лёгкого ощущения беспокойства до сильнейшего волнения и полной невозможности сохранять покой. В наиболее тяжёлых случаях дисфория может подтолкнуть больного к суициду.
- Увеличение дозы нейролептиков в целях снизить возбуждение усугубляет акатизию.

ЛЕЧЕНИЕ:

- снижение дозы нейролептика,
- назначение адrenoблокатора пропранолола (анаприлина).

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПАРКИНСОНИЗМ

СИМПТОМЫ:

- гипокинезию (в т.ч. уменьшение мимической экспрессии),
- ригидность, тремор (в отличие от болезни Паркинсона чаще симметричный),
- нарушения походки.

ЛЕЧЕНИЕ:

- после отмены (снижения дозы) препаратов все симптомы проходят самостоятельно.
- для коррекции во время применения нейролептиков используют М-холинолитики, например, циклодол.
- препараты дофамина не используют, т.к. они обостряют психоз).

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

ОСТРАЯ ДИСТОНИЯ

- синдром, характеризующийся непроизвольными медленными (тоническими) или повторяющимися быстрыми (клонико-тоническими) движениями, вызывающими вращение, сгибание или разгибание туловища и конечностей. Возникает в начале терапии нейролептиками.

СИМПТОМЫ:

- внезапное начало с развитием дистонических спазмов мышц головы и шеи: неожиданно возникает тризм или форсированное открывание рта, высовывание языка, насильственные гримасы, кривошея с поворотом или запрокидыванием головы назад, окулогирные кризы.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

ПОЗДНЯЯ ДИСКИНЕЗИЯ

- любой вид гиперкинеза, если он удовлетворяет двум основным критериям
 - 1) возникает вследствие длительного (более 3 месяцев) приема нейролептика;
 - 2) стойко сохраняется после отмены препарата (в течение нескольких месяцев или лет).

ОСОБЕННОСТИ:

- симптомы становятся заметными после снижения дозы нейролептиков или их отмены;
- симптомы уменьшаются или исчезают при возобновлении лечения нейролептиками или повышения их дозы;
- холинолитические препараты не помогают больным и часто ухудшают проявления ПД.

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЙ НЕЙРОЛЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ЗНС)

- клиника сходна с приступом фебрильной шизофрении, но развивается на фоне приема нейролептиков. мышечная ригидность, подъем температуры, трофические изменения, помрачение сознания. Состояние угрожающее жизни больного! Требуется госпитализация в реанимационное отделение, отмена нейролептиков, инфузионная терапия и пр.

СИМПТОМЫ:

- мышечная ригидность
- подъем температуры
- трофические изменения
- помрачение сознания.

ЛЕЧЕНИЕ:

- Состояние угрожающее жизни больного!**
- госпитализация в реанимационное отделение
 - отмена нейролептиков
 - инфузионная терапия и пр.

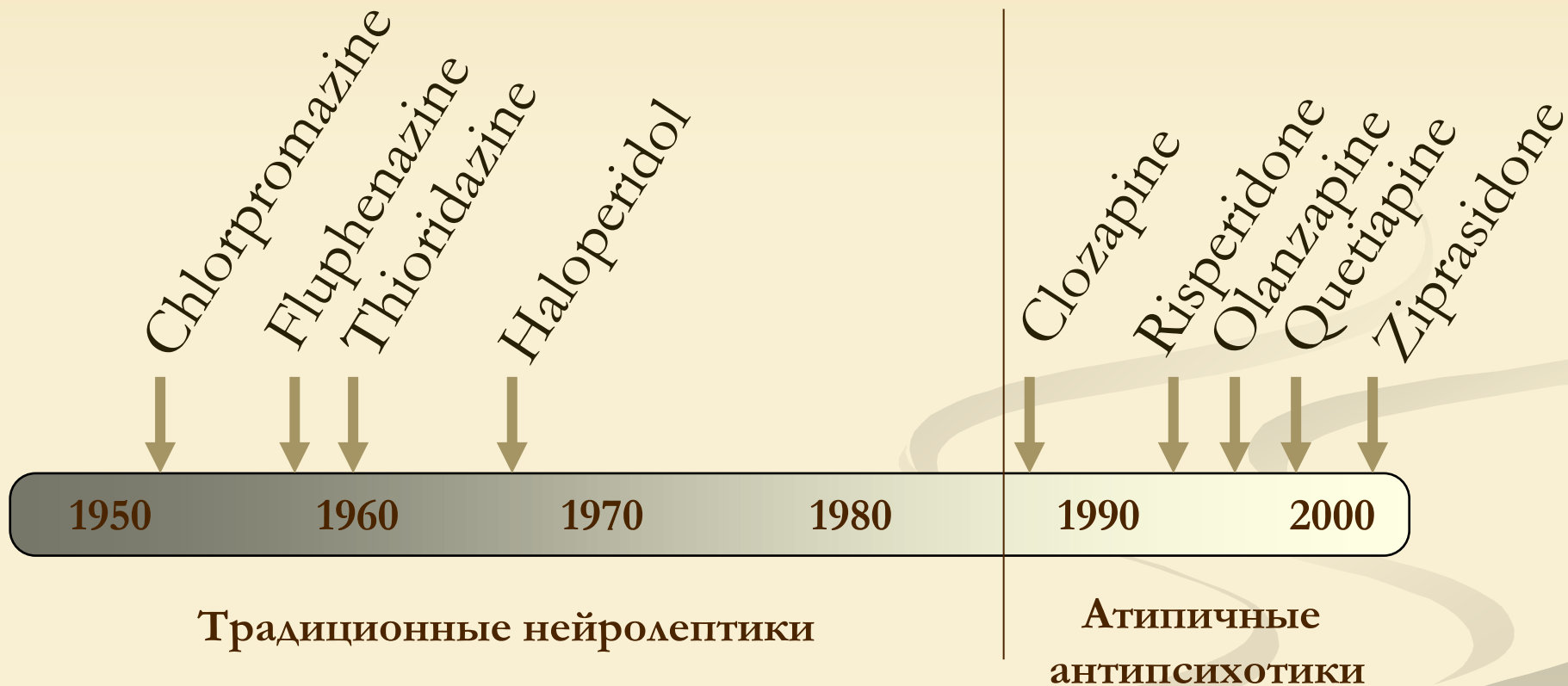
НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

- **Психические:**
 - Седация/сонливость
 - Депрессогенное действие (особенно аминазин)
 - Вторичные негативные расстройства (апатия и абулия, которые возникают из-за действия антипсихотиков, депрессии, при длительных госпитализациях)
- **Влияние на сердечно-сосудистую систему:** снижение АД, ортостатические реакции - аминазин, тизерцин; увеличение интервала QT (риск развития желудочковых аритмий и внезапной смерти) – особенно у сонапакса
- **Агранулоцитоз** – у 1-3% принимающих клозапин (=> его назначение требует постоянного контроля картины крови)
- **Обменные нарушения** (увеличение массы тела, метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа) – чаще при применении атипичных антипсихотиков (особенно клозапин и оланзапин)
- **Морфологические:** структурные изменения мозга: снижению веса и объема мозга, достигающее 8—11% и связанное со снижением объемов как серого, так и белого вещества в ряде областей (снижение объема серого вещества вызвано преимущественно потерей глиальных клеток, в первую очередь астроцитов - до 20% в париетальной области) и олигодендроцитов - до 11%), увеличение плотности расположения нейронов, общее число которых не изменилось; увеличение объема полостей, заполненных цереброспинальной жидкостью.
- **Прочие:** дерматиты, желтуха, фотосенсибилизация, пигментация роговицы, флебиты и инфильтраты при парентеральном введении (особенно аминазин)

НЕЙРОВЕГЕТОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ НЕЙРОЛЕПТИКОВ И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

- **В хирургии** – в составе смесей для искусственной гипотермии (аминазин).
- **В анестезиологии и реаниматологии** – нейролептаналгезия (дроперидол), в составе некоторых «литических» смесей.
- **В дерматологии** – для лечения нейродермита, зудящих дерматозов (тизерцин, сонапакс, этаперазин).
- **В терапии** – лечение икоты, тошноты и рвоты за счет угнетения рвотного центра при блокаде дофаминовых рецепторов (этаперазин).

ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ АНТИПСИХОТИКОВ



Jibson MD, Tandon R. *J Psychiatr Res* 1998;32:215–228;
Lehmann HE, Van TA. *Can J Psychiatry* 1997;42:152–162.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- тимолептическое действие (thymoleptica; др.-греч. θυμός «душа, настроение» + ληπτικός «вбирающий, втягивающий»).

*Термин в 1958 году предложили
П. Кильхольц (Paul Kielholz) и Р. Баттегау*

- блокада распада моноаминов (серотонина, норадреналина, дофамина, фенилэтиламина и др.) под действием моноаминоксидаз (МАО) или блокада обратного нейронального захвата моноаминов.

- снижение стрессовой гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.

- некоторые антидепрессанты являются антагонистами NMDA-рецепторов, уменьшая нежелательное при депрессии токсическое влияние глутамата.

- некоторые антидепрессанты снижают концентрацию вещества P в центральной нервной системе.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- Тимоаналептическое действие антидепрессантов развивается **не ранее чем через 2 недели приема!**

- Стимулирующее и седативное действие развивается сразу! (Опасность назначения стимулирующих антидепрессантов: депрессия сохраняется, а идеомоторной заторможенности нет – риск суицида в первые 2 недели приема)

- Антидепрессанты назначаются **длительными курсами** (не менее 3-х месяцев). Опасности развития зависимости (пристрастия) нет (т.к. не обладают свойствами ПАВ).

- При рекуррентной депрессии антидепрессанты назначают в качестве противорецидивной терапии.

- Антидепрессанты – **наиболее эффективная группа препаратов для лечения депрессивных состояний, тревожных расстройств** (тревожно-фобическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, панические атаки и пр.)

АНТИДЕПРЕССАНТЫ



АНТИДЕПРЕССАНТЫ

1. Средства, блокирующие нейрональный захват моноаминов

1.1 Неизбирательного действия, блокирующие нейрональный захват серотонина и норадреналина (имизин, амитриптилин)

1.2 Избирательного действия

1.2.1 Блокирующие нейрональный захват серотонина (флуоксетин)

1.2.2 Блокирующие нейрональный захват норадреналина (мапротилин)

2. Ингибиторы моноаминооксидазы (МАО)

2.1 Неизбирательного действия, ингибируют МАО-А и МАО-В (ниаламид, трансамин)

2.2 Избирательного действия, ингибируют МАО-А (моклобемид).

3. Агонисты рецепторов моноаминов

3.1 Норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты

3.2 Специфические серотонинергические антидепрессанты

КЛАССИФИКАЦИЯ АНТИДЕПРЕССАНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА



АНТИДЕПРЕССАНТЫ: ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

```
graph TD; A[АНТИДЕПРЕССАНТЫ] --> B[Тоскливые и тревожные депрессии]; A --> C[Апатические депрессии]; A --> D[Умеренные и легкие депрессии]; A --> E[Тяжелые депрессии];
```

Тоскливые и тревожные депрессии

- предпочтительно назначение седативных или сбалансированных антидепрессантов

Апатические депрессии

- стимулирующие (при отсутствии риска суицида)

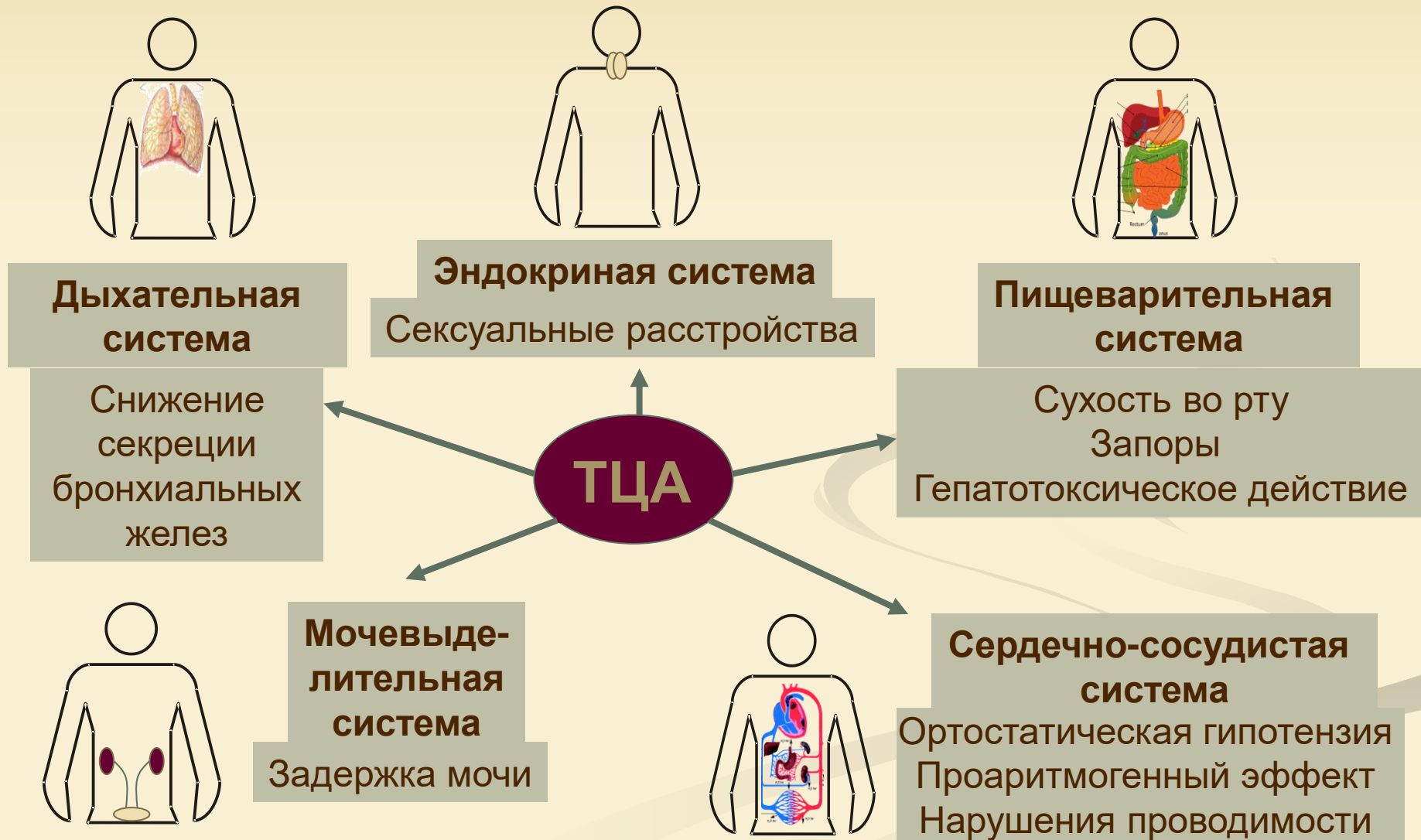
Умеренные и легкие депрессии
(особенно маскированные, сопровождающихся сенестопатиями и ипохондрическими переживаниями, при соматических заболеваниях)

- показаны антидепрессанты с минимально выраженными побочными эффектами (СИОЗС, коаксил и пр.)

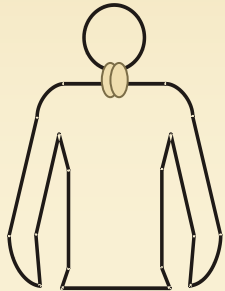
Тяжелые депрессии

- показаны трициклические антидепрессанты (наиболее «сильные», «золотой стандарт» эффективности, но имеют много побочных эффектов). При депрессивно-бредовых состояниях – антидепрессанты комбинируют с антипсихотиками

СОМАТОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТРИЦИКЛИЧЕСКИХ АНТИДЕПРЕССАНТОВ (Смулевич А.Б. 2003)



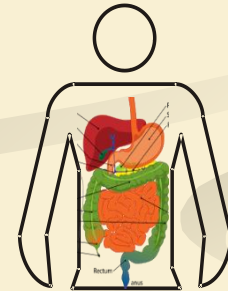
СОМАТОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ СЕЛЕКТИВНЫХ ИНГИБИТОРОВ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА (Смулевич А.Б. 2003)



Эндокринная система

Сексуальные расстройства

СИОЗС



**Пищеварительная
система**

Снижение веса

Снижение секреции слюнных желез

Диарея

Тошнота

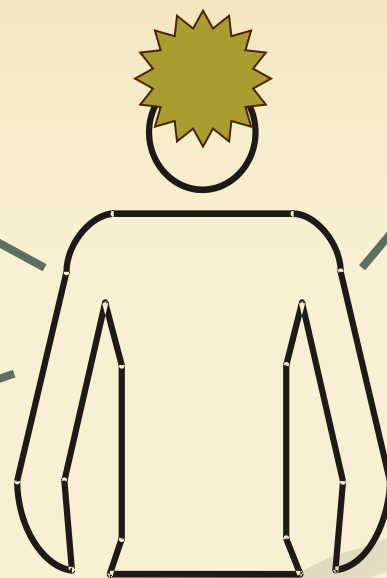
АНТИДЕПРЕССАНТЫ: ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ

Для антидепрессантов
любых групп

- тремор,
- головные боли

Для седативных
антидепрессантов:

- сонливость днем,
- заторможенность,
- рассеянное внимание,
- замедленная реакция
(особенно нежелательно для
работающих амбулаторных
пациентов)



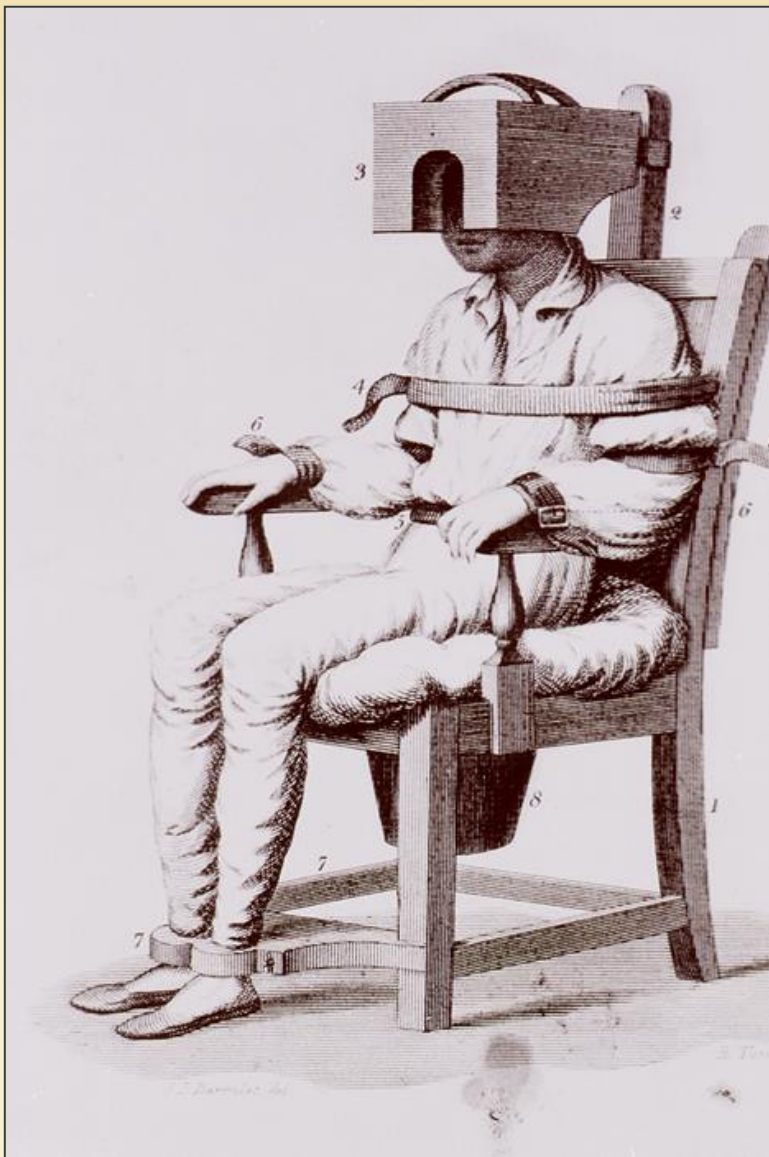
Для
трициклических
антидепрессантов

- при передозировке
возможно
возникновение
делирия
(холинолитические
эффекты)

Для стимулирующих:

- бессонница,
- тревога,
- суицидные мысли.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ



Термин «**транквилизатор**» (от лат. *tranquille* - *делать спокойным, безмятежным*) ввел американский психиатр В. Rush в 1810 г., назвав так сконструированное им **деревянное смирительное кресло**.

■ Основное действие транквилизаторов – **анксиолитическое** (от лат. *anxietas* – *тревога, lytikos* – *ослабляющий, т.е. противотревожное*) или **транквилизирующее** (успокаивающий) действие.

■ Первые бензодиазепиновые транквилизаторы: хлордиазепоксид (**элениум**) – 1959г, диазепам (**седуксен, валиум, реланиум, сибазон**) – 1961г.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: классификация

ХИМИЧЕСКАЯ

Бензодиазепиновые транквилизаторы:

механизм действия – усиливают ГАМК-ергическую передачу (гамма-аминомасляной кислоты)

Диазепам (Седуксен, Реланиум, Сибазон),

Феназепам, хлордиазепоксид (Элениум),

Тофизопам (Грандаксин),

Лоразепам (Лорафен),

Оксазепам (Нозепам, Тазепам),

Нитразепам (Радедорм),

Алпразолам (Ксанакс),

Клоназепам (Антелепсин)

Препараты других химических групп:

Гидроксизин (Атаракс; центральный м-холино- и Н1-гистаминоблокатор)

Бенактизин (Амизил; центральный Н-холоноблокатор)

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ:

классификация клиническая

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ

С СЕДАТИВНЫМ ЭФФЕКТОМ

Короткого действия
($T_{1/2}$ 2-10 часов)

Лоразепам (Лорафен)
Оксазепам (Тазепам,
Нозепам)
Алпразолам (Ксанакс)

Длительного действия
($T_{1/2}$ 20-60 часов)

Феназепам
Диазепам (Седуксен, Сибазон,
Реланиум)
Нитразепам (Радедорм)

СО СТИМУЛИРУЮЩИМ ЭФФЕКТОМ («дневные» транквилизаторы)

Тофизопам
(Грандаксин)

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: Терапевтические эффекты



ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: показания

- Невротические расстройства
- Расстройство личности в период декомпенсации
- Абстинентный синдром и метаалкогольные психозы (на фоне дезинтоксикационной терапии)
- Расстройства сна (оксазепам, нитразепам)
- Судорожный синдром (клоназепам)

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: побочные эффекты

- **Нарушение внимания, памяти, снижение скорости реакций, координации движений.**
- **Сонливость** для препаратов с седативным эффектом. Чем больше длительность действия препарата, тем дольше сохраняется сонливость (на следующий день после приема).
- **Мышечная слабость** – обратная сторона миорелаксирующего эффекта, ощущается, как слабость (в т.ч. в конечностях), разбитость, усталость. Особенно неблагоприятна для пожилых больных (возможны падения), у больных с миастениями, дыхательной недостаточностью.
- **Формирование зависимости** – по рекомендации ВОЗ терапия транквилизаторами не должна превышать 2 недель!

СНОТВОРНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (ГИПНОТИКИ)

1 ПОКОЛЕНИЕ

- барбитураты (фенобарбитал содержится в Корвалоле, Валокордине)
- антигистаминовые препараты, препараты, содержащие бром

2 ПОКОЛЕНИЕ

- бензодиазепины (оксазепам, нитразепам)

3 ПОКОЛЕНИЕ

- препараты, селективно действующие на омега-бензодиазепиновые рецепторы
золпидем (Ивадал) и зопиклон (Имован)
быстрый эффект, короткое действие, мало побочных эффектов.

Общие принципы лекарственной терапии нарушений сна:

- Применение минимальной эффективной дозы

- Короткие курсы (не более 2-3 недель)

- Прерывистая методика (2-4 раза в неделю)

- Постепенная отмена

НОРМОТИМИКИ

(Стабилизаторны настроения)

- способны стабилизировать настроение при аффективных расстройствах обоих полюсов (т.е. антиманиакальное и антидепрессивное действие)

- противорецидивное действие в отношении аффективных фаз,

- препятствуют развитию «быстрых циклов» и других неблагоприятных вариантов течения

- снижают интенсивность патологического влечения к ПАВ

НОРМОТИМИКИ



ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Улучшают медиаторную передачу в синапсах

Стимулируют деятельность
ЦНС

Снимают сонливость
Усиливают умственную и
физическую
работоспособность (*на
короткое время*)

Улучшают способность
концентрации внимания

Улучшают запоминание
Облегчают мышление и речь
Повышают активность, бодрость
Снижают потребность в пище
Снижают потребность во сне

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Препараты:

КОФЕИН
СИДНОКАРБ
СИДНОФЕН

Психостимуляторы способны привести к:

■ Усилению тревоги, страха

■ Нарушению сна

■ К зависимости

■ При передозировке - к развитию:

■ интоксикационного делирия,

■ мании,

■ депрессии,

■ гиперкинезов

НООТРОПЫ

Ноотропы или стимуляторы нейрометаболизма – оказывают специфическое влияние на высшие интегративные функции мозга, стимулируют обучение и память, улучшают умственную деятельность (работоспособность) и повышают устойчивость мозга к повреждающим факторам (переносимость нагрузок), без характерных для психостимуляторов побочных эффектов.

Нет единого механизма действия. Эффект обусловлен способностью активировать (без последующего истощения) нейрометаболические процессы, уменьшать последствия гипоксии мозга, защищать его от отрицательных экзогенных воздействий.
Требуют применения длительными курсами.

НООТРОПЫ: механизмы действия

- **Нейропротективное действие** - увеличение устойчивости к дефициту кислорода, усвоения глюкозы, синтеза АТФ, белка, РНК.
- **Влияние на нейромедиаторы** – увеличение уровня ГАМК, ацетилхолина, дофамина, норадреналина, серотонина
- **Мембраностабилизирующее** - регуляция синтеза фосфолипидов и белков в нервных клетках, стабилизация и нормализация структуры клеточных мембран
- **Антиоксидантное** - ингибирование образования свободных радикалов и перекисного окисления липидов клеточных мембран;
- **Улучшение микроциркуляции**

ПРЕПАРАТЫ:

Производные и аналоги ГАМК: Пирацетам (ноотропил) – первый ноотроп, Аминалон (собственно ГАМК), Фенибут (обладает мягким транквилизирующим действием), Пантогам.

Глицин (аминокислота, с нейромедиаторной активностью)

Церебролизин (комплекс низкомолекулярных нейропептидов, только для в/м и в/в применения)

Пиритинол (Энцефабол, имеет антидепрессивные свойства)

Семакс (синтетический аналог фрагмента АКТГ)

препараты растения Гинго-Билоба и пр.

НООТРОПЫ: клинические эффекты

(Нисс А.А. 1984)

- **Ноотропное действие** (влияние на высшие корковые функции).
- **Мнемотропное действие** (влияние на память, обучаемость).
- **Повышение уровня бодрствования, ясности сознания.**
- **Адаптогенное действие** (влияние на толерантность к различным экзогенным факторам, в том числе медикаментам, повышение общей устойчивости организма к действию экстремальных факторов).
- **Антиастеническое действие** (влияние на слабость, вялость, истощаемость, явления психической и физической астении).
- **Психостимулирующее действие** (влияние на апатию, гипобулию, аспонтанность, бедность побуждений, психическую инертность, психомоторную заторможенность).
- **Антидепрессивное действие.**
- **Седативное действие**, уменьшение раздражительности и эмоциональной возбудимости.
- **Вегетативное действие** (влияние на головную боль, головокружение, церебрастенический синдром).

НООТРОПЫ: показания

- Психоорганической синдром и деменции различного генеза (сосудистые, атрофические, травматические, постэнцефалитические, интоксикационные и пр.),
- Астенические состояния
- Хронические интоксикации (в т.ч. алкоголизм)
- Неврологические заболевания (заикания, гиперкинезы, ЭПС, мигрени, энурез)
- Для улучшения умственной работоспособности в периоды повышенных нагрузок

В детской практике:

- задержка психического и речевого развития,
- олигофрении,
- последствия перинатального поражения ЦНС,
- детский церебральный паралич,
- синдром дефицита внимания у детей.

Побочные эффекты:

- нарушения сна,
- тревога

ПСИХОТЕРАПИЯ

■ это система комплексного лечебного воздействия с помощью психологических средств на психику больного, а через нее на весь организм с целью устранения болезненных симптомов, изменения отношения к себе, своему состоянию и окружающей среде

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

I КЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

СУГГЕСТИВНЫЕ

Суггестия
Гипнотерапия
Самовнушение
Эмоционально-стрессовая
Плацебо-терапия

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОАНАЛИЗ

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ

II КЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

III СИНТЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

- «Эриксоновский» гипноз
- НЛП
- Гештальт-терапия
- Групповой анализ
- Трансактный анализ
- Когнитивно-бихевиоральная терапия
- Экзистенциальная психотерапия
- Психоаналитически-ориентированная психотерапия

IV НЕОКЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Симультанно-мнестическая психотерапия
(психометодология)

V ОПОСРЕДОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

VI ФАРМАКОПСИХОТЕРАПИЯ

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ