



Международный казахско – турецкий университет им. К. А. Ясави

Кафедра специальных клинических дисциплин
Медицинский факультет

СРС на тему:

**«Особенности применения
психофармакоцевтических препаратов в
разные возрастные периоды, во время
беременности и у соматически
отягощенных пациентов».**

Выполнила: Геккель Е.

Группа: ОМ – 126

Приняла: Алмуханбетова М. Б.

Туркестан – 2015-

План:

1. Цель темы.
2. Вопросы темы.
3. Введение.
4. Понятие, классификация, механизм действия, показания, противопоказания психотропных препаратов.
5. Психофармакотерапия детского возраста.
6. Психофармакотерапия пожилого возраста.
7. Психофармакотерапия беременных.
8. Заключение.
9. Список использованной литературы.

Цель темы:

- Ознакомить с особенностями психофармакотерапии разных возрастов и во время беременности.

Вопросы темы:

- Каковы особенности психофармакотерапии?
(детского возраста, пожилого возраста, во время беременности).

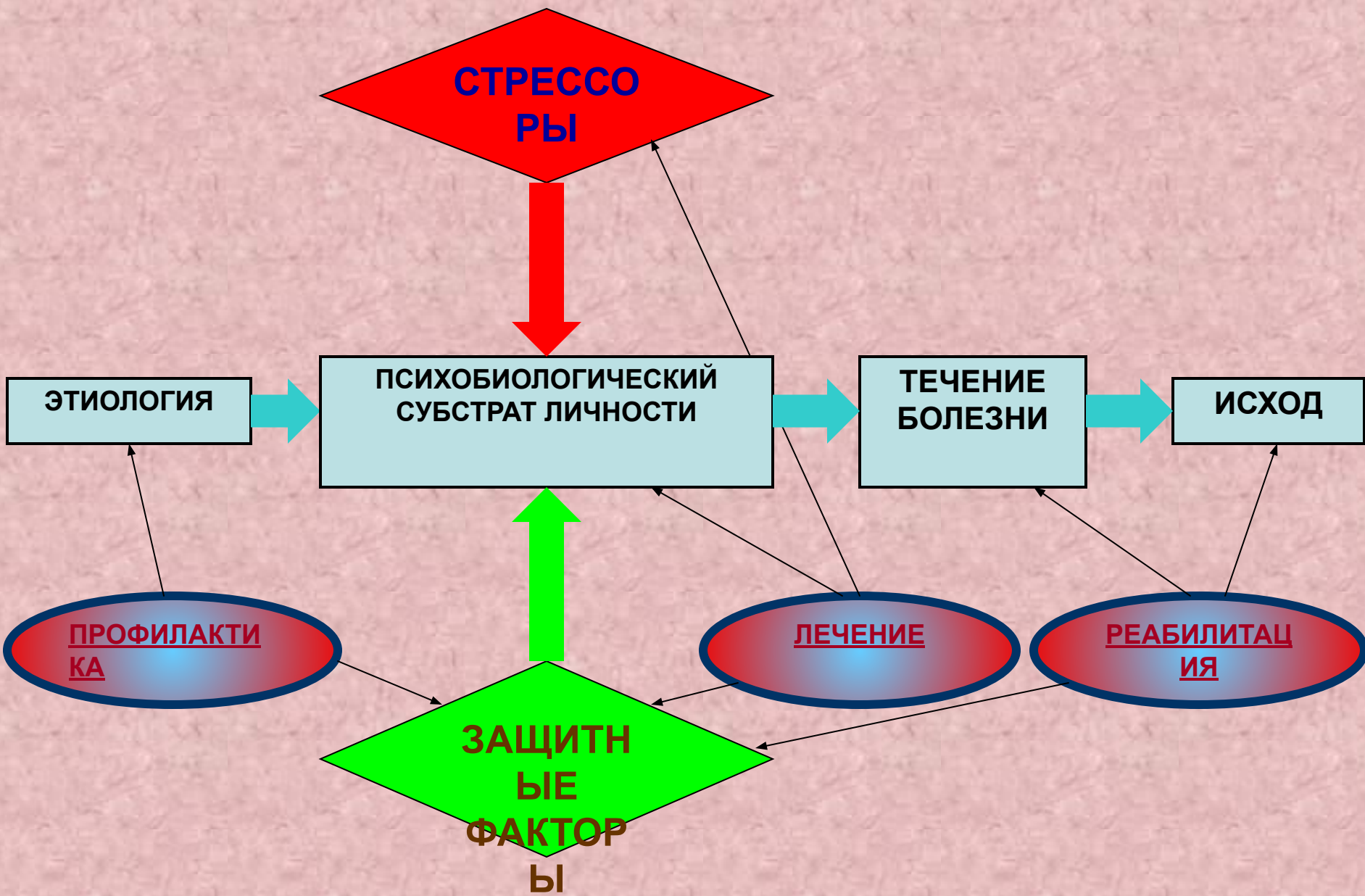
Введение:

- При назначении психотропных препаратов следует учитывать не только их психофармакологическую терапевтическую активность, но и возможность побочного действия (если оценивать действие транквилизаторов, то это - миорелаксация, дневная сонливость, снижение скорости автоматических действий, атаксия и др.), нередко мешающего реабилитационным мероприятиям. В связи с этим на всех этапах применения психотропных препаратов для лечения больных с пограничными состояниями необходимы динамичность, учет всего комплекса терапевтических воздействий и строго индивидуальное в каждом конкретном случае преломление общего терапевтического плана.

Таблица 3. Клиническая классификация психотропных средств

Классы	Подгруппы	Препараты
Психолептики	С преимущественно седативным действием	Хлорпромазин, левомепромазин, перициазин, хлорпротиксен, промазин и др.
	С мощным антипсихотическим (инцизивным) действием	Тиопроперазин, зуклопентиксол, трифлуоперадол, дроперидол, пипотиазин, галоперидол, трифлуоперазин и др.
	С преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием	Сульпирид, амисульприд, карбидин, пимозид, метофеназин и др.
	Атипичные антипсихотики	Клозапин, кветиапин, оланзапин, рисперидон, сертиндол.
	Анксиолитики (транквилизаторы)	Бензодиазепины (диазепам, нитразепам, медазепам, феназепам и др.), гидроксизин, буспирон и др.
Психоаналептики	С преимущественно седативным действием	Тримипрамин, амитриптилин, доксепин, тразодон, миансерин, мirtазапин, флувоксамин и др.
	Сбалансированного действия	Мапротилин, досулепин, пиразидол, кломипрамин, сертралин, пароксетин, циталопрам и др.
	С преимущественно стимулирующим действием	Ингибиторы MAO (ниаламид, моклобемид и др.), ребоксетин, флуоксетин, дезипрамин, милнаципрам, имипрамин и др.
	Психостимуляторы (психотоники)	Амфетамины (фенамин и др.), сиднонимины (сиднофен, мезокарб), меридил, метилфенидат, кофеин и др.
	Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы)	С седативными свойствами С психостимулирующими свойствами
Психодизлептики		Амид лизергиновой кислоты, псилоцибин, мескалин и др.
Тимоизолептики (нормотимики)		Соли лития, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, ламотриджин, топирамат, блокаторы кальциевых каналов.

МЕДИЦИНСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ



ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Биологическая терапия	Психотерапия
Психофармакотерапия	Психоаналитическая (психодинамическая психотерапия)
Инсулинотерапия	Бихевиористская (поведенческая психотерапия)
Электросудорожная терапия	Экзистенциально-гуманистическая
Психохирургия (инвазивная, неинвазивная)	«Директивная» (суггестивная психотерапия)
Эфферентная терапия	Патогенетическая (лично-ориентированная психотерапия)
Физиотерапия, ГБО, лазеротерапия, электроаналгезия, магнитотерапия и др.	
Наркопсихотерапия	

МОНОАМИНЫ

НОРАДРЕНАЛИН

СЕРОТОНИН



...НО НЕ ТОЛЬКО!

ГАМК
Глутамат
Нейропептиды:
мелатонин, вазопрессин,
энкефалины, эндорфины...

Натриевые каналы
Гормоны щитовидной железы
Эстрогены и т.п.

Клинические эффекты блокады рецепторов антагонистами

5-HT _{2A}	редукция негативных симптомов улучшение когнитивных функций (?)	
5-HT _{2C}	противотревожный эффект	
D ₂	редукция позитивных симптомов	экстрапирамидные побочные эффекты, гиперпролактинемия
H ₁	седативный эффект	седативный эффект, прибавка веса
H ₁	седативный эффект .	кардиоваскулярные побочные эффекты
H _{2A}	антидепрессивный эффект (?)	увеличение объема сердечного выброса

Нейролептики

- К нейролептикам относятся средства, предназначенные для лечения психозов и других тяжелых психических расстройств. В группу нейролептических препаратов входят ряд производных фенотиазина (хлорпромазин и др.), бутирофеноны (галоперидол, дроперидол и др.), производные дифенилбутилпиперидина (флуспирилен и др.) и др.
- Нейролептики оказывают многогранное влияние на организм. К их основным фармакологическим особенностям относятся своеобразное успокаивающее действие, сопровождающееся уменьшением реакций на внешние стимулы, ослаблением психомоторного возбуждения и аффективной напряженности, подавлением чувства страха, ослаблением агрессивности. Они способны подавлять бред, галлюцинации, автоматизм и другие психопатологические синдромы и оказывать лечебный эффект у больных шизофренией и другими психическими заболеваниями.

АНТИПСИХОТИКИ

```
graph TD; A[АНТИПСИХОТИКИ] --> B[КЛАССИЧЕСКИЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ]; A --> C[АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИКИ]; A --> D[ДЕЗИНГИБИРУЮЩИЕ ТИМОНЕЙРОЛЕПТИКИ];
```

КЛАССИЧЕСКИЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ

хлорпромазин
галоперидол
трифлуоперазин и др.

АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИКИ

клозапин
рисперидон
оланзапин и др.

ДЕЗИНГИБИРУЮЩИЕ ТИМОНЕЙРОЛЕПТИКИ

Замещенные бензамиды:
сульпирид (эглонил, догматил, просульпин)
тиаприд (тиапридал)
амисульприд

Классификация нейролептиков по химической структуре

- **Фенотиазины** – хлорпромазин (аминазин), тиопроперазин (мажептил), трифлуоперазин (трифтазин, стелазин), тиоридазин (меллерил, сонапакс)
- **Тиоксантены** – хлорпротиксен (труксал), зуклопентиксол (клопиксол), флупентиксол (флюанксол)
- **Бутирофеноны** – галоперидол, трифлуопераидол (триседил)
- **Замещенные бензамиды** – сульпирид (эглонил, просульпин), амисульприд (солиан), тиаприд (тиапридал)

Антипсихотические препараты

Название лекарства	Обычная дозировка (мг/день)
Типичные (классические, стандартные) нейролептики:	
Низкопотентные	
· Хлорпромазин (Аминазин)	10-200
· Тиоридазин (Меллерил, Сонапакс)	10-200
Высокопотентные	
· Галоперидол	0,25-2
· Тиопроперазин (Мажептил)	0,5-2
· Зуклопентиксол (Клопиксол)	1-4
· Флюпентиксол (Флюанксол)	0,5-2
· Трифлюоперазин (Трифтазин, Стелазин)	0,5-2
· Флюфеназин (Модитен)	0,5-2
Атипичные антипсихотики:	
· Клозапин (Азалептин, Лепонекс)	25-100
· Рисперидон (Рисполепт)	4-6
· Оланзапин (Зипрекса)	10-20
· Кветиапин (Сероквель)	25-100

«КЛАССИЧЕСКИЕ» НЕЙРОЛЕПТИКИ

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТАГОНИСТОВ ДОФАМИНА

- заторможенность
- уплощение аффектов
- обеднение мышления
- снижение энергии
- ослабление побуждений

**Трудноотличимы от
"ядерных"
дефицитарных
симптомов**

- Экстрапирамидный синдром

**Обуславливает
нон-комплаенс**

- Поздняя дискинезия

Необратима

- Злокачественный нейролептический синдром

**Представляет опасность
для жизни**

Экстрапирамидные побочные эффекты развиваются у 75 % больных, получающих типичные нейролептики

Акатизия
50%

**Злокачественный
нейролептический синдром**
1,0-2,4%
(из них – до 30% со смертельным
исходом)

Судорожный синдром
1%

**Лекарственный
паркинсонизм (акинето-
ригидный
симптомокомплекс)**
15-25%

Острые дистонические реакции
40%-без корректоров,
10-13% - с корректорами

Поздние дискинезии
15-25%

СХОДСТВО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ АНТИПСИХОТИКОВ

ДИСТОНИЯ	КАТАТОНИЯ, МАНЕРНОСТЬ
АКАТИЗИЯ	АЖИТАЦИЯ
АКИНЕЗИЯ	СТУПОР, АПАТИЯ ИЛИ ДЕПРЕССИЯ

АРГУМЕНТЫ ПРОТИВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ АНТИХОЛИНЕРГИЧЕСКИХ КОРРЕКТОРОВ:

- у многих больных ЭПС никогда не возникает;
- осложнения в виде сухости во рту, расстройства зрения, помрачения сознания, задержки мочеиспускания, непроходимости кишечника;
- при длительном применении - кариес и дивертикулез;
 - ухудшение когнитивных функций;
- риск формирования лекарственной зависимости.

АЛГОРИТМ КОРРЕКЦИИ ПОБОЧНЫХ

ЭПС

**ЭФФЕКТОВ
АКАТИЗИЯ**

**ПОЗДНЯЯ
ДИСКИНЕЗИЯ**

Антихолинергические корректоры и/или снижение дозы антипсихотика.
При дискинезиях – хлорпромазин + димедрол + диазепам + кофеин + CaCl₂

Бензодиазепины или бета-блокаторы, фенибут и/или снижение дозы антипсихотика

легкая или умеренная

Переход на новые атипичные антипсихотики или на замещенные бензамиды.
Амантадин или юмекс, витамины группы В, Е, вальпроаты, нифедипин.

неудовлетворительная реакция

тяжелая

Следующий этап антипсихотического алгоритма

Переход на клозапин

«КЛАССИЧЕСКИЕ» НЕЙРОЛЕПТИКИ

(дофаминовые антагонисты)

- Малоактивны в отношении негативной симптоматики
- Не оказывают заметного влияния на прогноз заболевания
- Побочные эффекты трудноотличимы от «ядерных» шизофренических симптомов и обуславливают некомплаентность пациентов
- В течение года после первого приступа у $\frac{2}{3}$ пациентов симптоматика обостряется вновь
- В 25-30% случаев больные шизофренией резистентны к терапии антагонистами дофамина

АТИПИЧНЫЕ АНТИПСИХОТИКИ

(серотонин-дофаминовые антагонисты)

- Не уступают классическим нейролептикам в устранении продуктивной симптоматики
- Отчетливо редуцируют негативные симптомы
- Хорошо переносятся, лучше предотвращают рецидивы
- Вызывают гораздо меньше экстрапирамидных побочных эффектов, редко приводят к развитию поздней дискинезии
- Позволяют преодолевать фармакорезистентность
- Открывают перспективы профилактического применения в преморбидном периоде и в продромальной стадии заболевания

АТИПИЧНЫЕ НЕЙРОЛЕПТИКИ

**Блокаторы
D₂-дофаминовых и
5-HT₂-серотониновых
рецепторов**
(бициклические производные)

- **Рисперидон**
(рисполепт)
- **Зипразидон**
(зелдокс)

**Мультирецепторные
блокаторы**
(атипичные трициклические
производные)

- **Клозапин** (лепонекс,
азалептин)
- **Оланзапин** (зипрекса)
- **Кветиапин**
(сероквель)

Антидепрессанты

- Лекарственные препараты, специфически снимающие депрессии, появились в конце 1950-х годов. В 1957 г. были открыты ипрониазид, ставший родоначальником группы антидепрессантов — ингибиторов МАО, и имипрамин, на основе которого получены трициклические антидепрессанты.

Классификация антидепрессантов по химической структуре

- **Трициклические** – амитриптилин (триптизол), имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил)
- **Атипичные трициклические** – тианептин (коаксил)
- **Тетрациклические** – миансерин (леривон), мirtазапин (ремерон), мапротилин (лудиомил), пиразидол
- **Бициклические** – сертралин (золофт), пароксетин (паксил), тразодон (триттико), циталопрам (ципрамил)
- **Моноциклические** – флуоксетин (прозак), флувоксамин (феварин), венлафаксин (эффексор), милнаципран (иксел)
- **Производные S-аденозилметионина** - гептрал

Классификация антидепрессантов по механизму действия

ТЦА – амитриптилин,
мелипрамин, анафранил

ОИМАО-А – пиразидол, аурорикс

СИОЗС – паксил, золофт, ципрамил,
феварин, прозак

СОЗД – коаксил

ИОЗН – леривон, лудиомил

ИОЗСН – велафакс, симбалта, иксел

НаССА – ремерон

Клиническая классификация антидепрессантов

Антидепрессанты - седатики

Амитриптилин
Миансерин (леривон)
Миртазапин (ремерон)
Дулоксетин (симбалта)
Флувоксамин (феварин)

Антидепрессанты сбалансированного действия

Мапротилин (лудиомил)
Венлафаксин (велафакс, велаксин)
Сертралин (золофт)
Пароксетин (паксил)
Пирлиндол (пиразидол)
Кломипрамин (анафранил)

Антидепрессанты - стимуляторы

Имипрамин (мелипрамин)
Милнаципран (иксел)
Моклобемид (аурорикс)
Флуоксетин (прозак)

Стимулирующий эффект

Седативный эффект

Дозировки антидепрессантов

Группы	Торговое название	Дозы, мг/сут
Трициклические	Амитриптилин	150-350, в/м и в/в 100-150
	Мелипрамин	200-400, в/м и в/в 100-150
	Анафранил	75-300, в/м и в/в 100-150
Тетрациклические	Коаксил	20-50
	Лудиомил	100-250, в/м и в/в 100
	Леривон	30-150
	Ремерон	15-80
СИОЗСиН	Эффексор	75-400
СИОЗС	Паксил	20-80
	Золофт	50-200
	Феварин	100-400
	Прозак	20-80
	Ципрамил	20-60, в/в 40
ОИМАО	Аурорикс	300-600
	Пиразидол	150-500, в/м и в/в 100-200
Другие	Гептрал	1200-1600, в/м и в/в 200-400

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ТЦА

Побочные эффекты	Купирование
Холинолитические (сухость во рту, запоры, нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания, делирий)	прозерин 1-4 мг/сут п/к физостигмин 0,5-2 мг в/м или п/к каждый час пилокарпин 1-2% (глазные капли)
Сердечно-сосудистые (тахикардия, ортостатическая гипотензия, нарушения ритма)	снижение дозы, кордиамин 2%-1,0 в/м
Желудочно-кишечные (диспепсия)	дробное введение, постепенное наращивание дозы—снижение дозы-отмена
Гематологические (лейкоцитоз, лейкопения, эозинофилия, тромбоцитопения)	отмена терапии
Центральные (седация, астения, головокружение, нистагм, атаксия, дизартрия, судорожные пароксизмы, тремор, инверсия фазы)	снижение дозы – бета-блокаторы - отмена

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ОИМАО

Побочные эффекты	Купирование
Холинолитические (сухость во рту, запоры, нарушение аккомодации, задержка мочеиспускания, делирий)	прозерин 1-4 мг/сут п/к физостигмин 0,5-2 мг в/м или п/к каждый час пилокарпин 1-2% (глазные капли)
Сердечно-сосудистые (тахикардия, ортостатическая гипотензия)	снижение дозы
Желудочно-кишечные (желтуха, гепатит)	отмена терапии
Центральные (возбуждение, раздражительность, атаксия, тремор, сонливость днем – бессонница, мания)	снижение дозы – отмена, соли лития, нейролептики

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ СИОЗС

Побочные эффекты	Купирование
Сердечно-сосудистые (тахикардия, повышение АД)	снижение дозы
Желудочно-кишечные (диспептические жалобы)	дробное введение, постепенное наращивание дозы–снижение дозы-отмена
Центральные (серотониновый синдром) (тремор, дизартрия, акатизия, мышечный гипертонус, миоклонии, атаксия, агитация, раздражительность, инсомния, реже – спутанность, в тяжелых случаях – гипертермия, профузный пот, кома)	отмена терапии – ципрогептадин (перитол) 16-32 мг/сут, дезинтоксикация, соли лития, нейролептики

- **Транквилизаторы** - успокаивающие средства, способные устранять страх, тревогу, эмоциональное напряжение. Как правило, обладают центральным миорелаксантным и противосудорожным эффектами. В отличие от нейролептиков не имеют антипсихотической активности, практически не влияют на вегетативную нервную систему (кроме амизила), не дают экстрапирамидных расстройств. Применяются они при невротических состояниях, для снятия эмоционального напряжения, тревоги, для устранения невротических реакций при гипертонической болезни, ИБС, язвенной болезни желудка, кожных заболеваниях: препараты часто используют в анестезиологии для медикаментозной подготовки больных-к различного рода болезненным манипуляциям, в том числе и у врача-стоматолога.

Транквилизаторы (анксиолитики)

• Анксиолитическими свойствами обладают некоторые:

- - **нейролептики** (сонапакс, терален, тиаприд, тизерцин и др.);
- **антидепрессанты** (амитриптилин, леривон, ремерон и др.);
- **антигистаминные** (атаракс);
- **адренергические** (клофелин);
- **бета-блокаторы** (анаприлин, атенолол).

Транквилизаторы (анксиолитики)

• «Транквилизаторы – это препараты, которые **не** относятся **ни** к нейролептикам, **ни** к снотворным»

J. Delay, P. Deniker (1961)

• Транквилизаторы – это **препараты с анксиолитическими свойствами**, **не** обладающие антипсихотическим действием и **не** вызывающие экстрапирамидных побочных эффектов.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНКСИОЛИТИКОВ

по химическому строению

- **Производные глицерола** - мепробамат
- **Бензодиазепины (> 50)** - зепам
..... зепат
..... золам
- **Производные триметоксибензойной кислоты**
- триоксазин
- **Производные азапирона** - буспирон
- **Другой химической структуры**
– атаракс, мебикар, окселидин и др.

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

•ДЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

период полужизни более 20 часов

- элениум, диазепам, транксен, медазепам

•СРЕДНЕЙ ДЛИТЕЛЬНОСТИ

период полужизни 5-20 часов

- лоразепам, оксазепам, альпразолам

•КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ

период полужизни менее 5 часов

- триазолам

БЕНЗОДИАЗЕПИНЫ

• Блокада бензодиазепиновых рецепторов:

• **ГАМК-ергическое действие**

(стимуляция выработки ГАМК, усиление активности ГАМК-ергических синапсов)

• В спинном мозге – **миорелаксирующее**;

• В стволе и коре – **противосудорожное**;

• В лимбической системе – **анксиолитическое**
действие;

• В мозжечке – **атаксические**
нарушения.

СПЕКТРЫ КЛИНИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ ТРАНКВИЛИЗАТРОВ

		<u>•Анксиолитический</u>
•Феназепам	-	😊😊😊😊😊
		<u>•Антифобический</u>
•Клоназепам	-	😊😊😊😊😊
		<u>•Седативный</u>
•Феназепам	-	●●●
•Элениум	-	●●●
		<u>•Противосудорожный</u>
•Клоназепам*	-	😊😊😊😊😊
•Диазепам**	-	😊😊😊😊
		<u>•Миорелаксирующий</u>
•Диазепам	-	😞😞😞😞
•Феназепам	-	😞😞😞
		<u>•Снотворный</u>
•Феназепам	-	😊😊😊😊
•Диазепам	-	😞😞😞
		<u>•Вегетостабилизирующий</u>
•Грандаксин	-	😊😊😊😊
		<u>•Психостимулирующий</u>
•Триоксазин	-	😊😊😊😊

СТАБИЛИЗАТОРЫ НАСТРОЕНИЯ **(НОРМОТИМИКИ, ТИМОИЗОЛЕПТИКИ)**

**препараты, способные
нивелировать циркулярные
расстройства аффективной сферы и
при профилактическом применении
предотвращать развитие
депрессивной и маниакальной
симптоматики**

(J. Delay, P. Deniker)

НОРМОТИМИКИ

• **Соли лития** (карбонат, оксибутират, контемнол)

• **Карбамазепин**

• **Соли вальпроевой кислоты**
(депакин, конвулекс, конвульсофин)

• **Блокаторы кальциевых каналов**
(верапамил, нифедипин)

Механизм действия нормотимиков

- Влияние на пре- и постсинаптические рецепторы, а также на пострецепторную активность (систему вторичных мессенджеров) катехоламинергической, индоламинергической, холинергической и ГАМК-ергической систем.
- Влияние на клеточные механизмы ионного транспорта (Li, Na, Ca).
- Снижение активности тиреоидных гормонов и гормона роста.
- Блокада явлений киндлинга.
- Синхронизация циркадианных ритмов.

НОРМОТИМИКИ

- Основным показанием к применению является наличие в картине болезни фазнопротекающих аффективных нарушений психотического уровня.
- Помимо способности нивелировать аффективные циркулярные колебания, обладают отчетливым антиманиакальным эффектом.

КАРБОНАТ ЛИТИЯ

Таблетки по 0,3

• ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ:

- Необходимость поддержания концентрации в плазме на уровне 0,6-1,2 ммоль/л. При изменении доз измерять концентрацию через неделю.
- Начинать с 300-600 мг/сут, через неделю определить концентрацию, при необходимости повысить дозу на 300 мг . Обычная доза – 900-1200 мг/сут, распределенная на 3 приема.
- Повторять анализы раз в 2 месяца, затем – раз в 4-6 месяцев.

КАРБОНАТ ЛИТИЯ

Таблетки по 0,3

• МАНИАКАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ:

- Начинать с 900 мг/сут
- Повышать за 4-5 дней до 1500-2100 мг/сут с концентрацией в плазме не выше 1,2 ммоль/л
- После купирования мании - снижение дозы с поддержанием концентрации на уровне 0,6-0,8 ммоль/л

ЛИТИЙ: ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ

- **Контроль функции щитовидной железы**
1 раз в 6 месяцев.
- **Общий анализ крови** раз в 6 месяцев.
- **Контроль за функцией почек** (анализ мочи, определение концентрационной способности почек, клиренса креатинина, электролитов, азота, мочевины в крови) 1 раз в 6 месяцев.
- **Обследование окулистом** (выявление помутнения хрусталика) 1 раз в год.
- **Содержание электролитов в крови**
1 раз в 6 месяцев.

ЛИТИЙ: ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

•АБСОЛЮТНЫЕ

- Заболевания почек со снижением их функции (гломерулонефрит, пиелонефрит и др.)

•ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- Эу- и гипотиреоидный зоб, микседема.
- Бессолевая диета.
- Помутнение хрусталика (старческая катаракта)
- Костные заболевания с остеопорозом.
- Заболевания, протекающие с высокой температурой и обильным потоотделением.
- Первые 3 месяца беременности и период лактации.

РАННИЕ ПЭ ТЕРАПИИ ЛИТИЕМ

требуют временного снижения дозы

- **Желудочно-кишечные** (тошнота, изжога, боли в животе, потеря аппетита, извращение вкуса, неустойчивый стул)
- **Центральные** (вялость, усталость, головные боли, головокружение, легкий тремор рук)
- **Почечные** (жажда, частое мочеиспускание)

ПОЗДНИЕ ПЭ ТЕРАПИИ ЛИТИЕМ

требуют специальной коррекции или отмены терапии

- **Неврологические:** стойкий тремор, дизартрия, мышечные подергивания
- **Почечные:** жажда, частое мочеиспускание, полиурия, никтурия, отеки, симптомы ХПН
- **Увеличение веса тела**
- **Желудочно-кишечные:** диарея, стойкая потеря вкуса
- **Гипотиреодный зоб**
- **Сердечно-сосудистые:** нарушения ритма и проводимости, снижение или инверсия зубца Т
- **Кожно-аллергические**
- **Гематологические:** нейтрофилия, эозинофилия, эритроцитоз
- **Психические:** анестетическая субдепрессия, астения
- **Прочие:** снижение либидо и потенции, облысение, множественный кариес.

ЛИТИЕВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

концентрация лития в плазме крови свыше 1,5-2,0 ммоль/л

- тошнота, рвота, диарея
- токсический облик
- фасцикулярные мышечные подергивания, гиперрефлексия, менингизм
- заторможенность, сонливость, атаксия, дизартрия, спутанность сознания, карфология, нарушение памяти
- при нарастании интоксикации - **олигурия**, угнетение сердечно-сосудистой деятельности, судорожный синдром, очаговая неврологическая симптоматика, сопор, кома.

ЛИТИЕВАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ

концентрация лития в плазме крови свыше 1,5-2,0 ммоль/л

- Обильное питье, поваренная соль.
- Осмотические диуретики (маннитол до 60 г или мочевины до 60 г/сут в/в капельно + 20 мл 2,4% р-ра эуфиллина).
- Антагонисты лития – в/в NaCl 10% до 300,0, Na₂CO₃ 5% - до 300,0 в сутки.
- Пирацетам в капельницу или в/м.
- Гемодиализ.
- Профилактика пневмонии, поддержание деятельности сердечно-сосудистой системы.
- Контроль водно-электролитного баланса и щелочно-кислотного равновесия.

КАРБОНАТ ЛИТИЯ

- Судить о профилактической эффективности можно не ранее 6-го месяца терапии.
- Плохо предотвращает инверсию фазы.
- Малоэффективен при континуальном течении.

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ

- Стабильный эффект развивается в первые 2-3 месяца лечения.
- Применение свыше 3-4 мес. при отсутствии изменений в структуре и течении психоза нецелесообразно.
- Способны прерывать «быстрые циклы».

КАРБОНАТ ЛИТИЯ

- Литический гармоничный вариант редукции циркулярности с переходом на субаффективный уровень; у 15-20% больных - временное учащение рецидивов.

АНТИКОНВУЛЬСАНТЫ

- Критический (\square 1/3 больных) дисгармоничный вариант редукции циркулярности с появлением рудиментарной бредовой, сенесто-ипохондрической или астенической симптоматики. При применении карбамазепина возможно усиление расстройств маниакального полюса.

КАРБАМАЗЕПИН (ТЕГРЕТОЛ, ФИНЛЕПСИН)

Таблетки по 0,2

- Первоначальная доза 200-400 мг после еды
- Нарращивание дозы на 200 мг еженедельно
- Оптимальная доза через месяц лечения варьирует от 400 до 1000 мг/сут
- При появлении в ремиссии субклинических аффективных колебаний доза вновь увеличивается **до появления первых признаков побочного действия препарата** и может составлять от 600 до 1600 мг/сут
- Обладает слабым **антидепрессивным эффектом**
- **Несовместим с ИМАО и СИОЗС**

ВАЛЬПРОАТ НАТРИЯ (ДЕПАКИН, КОНВУЛЕКС)

Капсулы и таблетки по 0,15, 0,3 и 0,5

- Начальная доза 150-300 мг/сут после еды
- Нарращивание дозы на 150 мг раз в 2-3 дня
- Эффективная профилактическая доза - 600-1400 мг/сут
- Малотоксичность
- Антиманиакальные свойства

КАРБАМАЗЕПИН: ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

•АБСОЛЮТНЫЕ

- AV блокада и другие нарушения ритма.
- Аллергическая гиперчувствительность к КРБ или ТЦА.
- Сочетание с ИМАО
или применение менее чем через 2 нед. после их отмены.
- Тяжелые заболевания печени.

•ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- Глаукома.
- Заболевания простаты (задержка мочи).
- Сердечно-сосудистая недостаточность.
- Почечная и печеночная недостаточность.
- Пожилой возраст.
- Заболевания крови с угнетением белого ростка.
- Первые 3 месяца беременности/период лактации.

ВАЛЬПРОАТ НАТРИЯ: ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

•АБСОЛЮТНЫЕ

- Гиперчувствительность.
- Тяжелые заболевания печени.
- Геморрагический диатез.

•ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ

- Сердечно-сосудистая недостаточность.
- Почечная и печеночная недостаточность.
- Заболевания крови
(особенно - с тромбоцитопенией).
- Первые 3 месяца беременности
и период лактации.

НООТРОПЫ

- «Адресующиеся к высшим корковым функциям»
- Стимуляция мозгового метаболизма
- Антигипоксический эффект (продукция энергии путем усиления утилизации глюкозы)
- Церебропротекторное действие (защита нейронов)
- Повышение устойчивости к экстремальным воздействиям

Спектр клинического действия ноотропов

- Психостимулирующее
- Антиастеническое
- Седативное
- Антидепрессивное
- Повышение вигилитета
- Антиэпилептическое
- Ноотропное
- Мнемотропное
- Адаптогенное
- Вазовегетативное
- Антипаркинсоническое
- Антидискинетическое

Основным показанием являются церебрастенические и энцефалопатические проявления различного генеза

Дозировки (г/сут); курс лечения – 1-3 мес.

- Аминалон - 1,5-3,0
- Ацефен - 0,3-1,0 (0,5 – парентерально)
- Пикамилон - 0,1-0,2
- Пиридитол - 0,3-0,5
- Бемитил - 0,5-1,5
- Пантогам - 1,5-3,0 (при эпилепсии – 4,5-6,0)
- Фенибут - 0,5-1,5
- Пирацетам - 2,4-8,0 (при органических психозах и коматозных состояниях – до 20-30 г/сут парентерально)

НООТРОПЫ

- **Седативные**

*(фенибут, пикамилон,
пантогам):*

- при органических нарушениях с гиперстеническими чертами
- при эпилепсии
- при интолерантности к нейролептикам

- **Стимулирующие**

*(ацефен, пиридитол,
бемитил, пирацетам):*

- при органических депрессиях
- при астенодепрессивных и астенопатических состояниях
- У пожилых пациентов могут вызывать гиперстимуляцию (тревожность, раздражительность, нарушения сна)

- **Фармакотерапия психических заболеваний в детском возрасте** должна соотноситься со следующими моментами. **1. Оздоровительный процесс** как при психогенных, так и при эндогенных, симптоматических и органических психозах в детском возрасте протекает по иным закономерностям, чем у взрослых. Психотерапевтические факторы играют здесь большую роль, особенное же значение приобретают личные качества врача и остального медицинского персонала. Задачи терапии становятся еще более трудными в связи с отрывом ребенка от матери, присутствие и любовь которой являются решающим фактором для его психического здоровья и созревания. **2. Реактивность детского организма на психотропные средства** — причина нередких, порой неожиданно возникающих побочных явлений и осложнений, часть из которых резко отлична от соответствующих явлений у взрослых больных. **3. Контроль за лечебным процессом** со стороны врача крайне затруднен: дети обычно не в состоянии правильно понять и сформулировать те соматические и психические изменения, которые возникают у них в результате приема медикаментов. В отношении выбора наиболее пригодного психотропного лекарства и его дозировки в общих чертах можно сказать, что и здесь применяются те же препараты, которыми пользуются взрослые. Все же целесообразно руководствоваться приводимыми ниже правилами.
- Врач должен применять мало токсичные препараты, не вызывающие выраженного побочного эффекта. Так, из нейролептиков, помимо хлорпромазина, остающегося до настоящего времени самым распространенным медикаментом в психиатрической практике, во многих случаях следует отдать предпочтение промазину (спарин) как менее токсичному. Пригоден левомепромазин, а также известный в детской психиатрии препарат миозин (таблетки по 2 мг). Выраженные гипнотические свойства последнего и блокирование им психотического страха создают благоприятные условия для психотерапии. Colomb рекомендует сочетание хлорпромазина с галоперидолом: указанная комбинация сокращает длительность психоза, а иногда предотвращает переход его в хроническую форму.

- В детской психиатрической практике, особенно в амбулаторных условиях, находит применение слабый нейролептик тиоридазин (мелерил), редко вызывающий побочные явления при использовании средних доз. Из тех же соображений рекомендуется и хлорпротиксен (труксал). Corboz обращает внимание на то, что мощный нейролептик галоперидол, лишенный неприятного вкуса, в каплях принимается детьми без сопротивления; это делает его весьма удобным для длительного употребления. Популярен в детской психиатрии и такой препарат, как диксиразин (эзукос). Переходя к антидепрессантам, необходимо прежде всего подчеркнуть относительно ограниченное применение этих медикаментов в детской психиатрии. Это объясняется тем, что депрессии в детском возрасте редки; кроме того, тимолептики плохо переносятся детским организмом. Corboz отмечает, что избирательно действующим средством при депрессиях у детей является имипрамин (тофранил), который в относительно малых дозах (10—30 мг) дает хороший результат. По мнению ряда авторов, при депрессивных картинах у детей благоприятное действие оказывает также опипрамол (инсидон), что обусловлено его выраженными седативными свойствами.

Психофармакология пожилого возраста.

- Увеличение на земном шаре, особенно в странах, более развитых в экономическом и культурном отношении, числа пожилых людей, в том числе и страдающих психическими заболеваниями, обусловило появление новых проблем в области здравоохранения. Ряд сложных социальных, психологических и психиатрических проблем, связанных с пожилым и старческим возрастом, занимает важное место в клинической и профилактической медицине. Получила развитие геронтопсихиатрия; ее задачи представляют для психиатрии большой интерес, особенно с терапевтической точки зрения. Мы не можем согласиться с некоторыми мыслями, высказанными Walter-Biell, в частности с тем, что из основных методов лечения психических расстройств в пожилом возрасте на первое место следует поставить психотерапию, на второе — заботу о соматическом состоянии и лишь на третье место — психофармакотерапию. Мы считаем, что только после внедрения в практику психотропных средств оказалось возможным активное и своевременное комплексное лечение психозов в пожилом возрасте. Остальные соматотерапевтические методы (электрошоковая терапия, инсулиновая кома и т. д.) в этом возрасте не только недостаточно эффективны, но даже опасны, особенно при систематическом применении. В то же время психотерапия и заботы о соматической стабилизации на фоне умеренной и осторожной фармакотерапии могут дать значительно большую результативность.

- Что касается фармакотерапии, то в связи с рядом особенностей соматической и психической природы, присущих позднему возрасту, она в известной степени отлична от фармакотерапии лиц зрелого возраста. Сказанное имеет значение как для лечебного плана, так и для выбора и дозировки лекарств. Организм и психическая деятельность пожилого человека отличаются известными особенностями, которые отражаются на структуре психических расстройств и на реактивности целостной личности и организма в отношении фармакотерапевтического вмешательства.
- 1. Сопrotивляемость незаметно, но неуклонно уменьшается. Наступает так называемое увядание организма. Преобладают анаболические процессы. Организм перестает реагировать по присущим человеку зрелого возраста закономерностям, что существенно отражается на мозговом кровообращении.
- 2. Увеличивается вероятность появления продолжительных, труднее поддающихся лечению заболеваний.
- 3. В жизнь пожилых людей включаются новые факторы ситуационного и психологического характера; психосоматически они оказывают воздействие на резистентность личности к

- Эти новые факторы можно объединить в следующие группы: а) комплекс бесполезности и ненужности дальнейшего существования; б) отсутствие взаимопонимания с представителями более молодого поколения в семье и обществе; в) затрудненность восприятия нового, скрытая или явная враждебность ко всяким переменам; г) перспектива приближающейся смерти и связанные с ней мучительная неизвестность и тягостное ожидание. Помимо учета этих новых особенностей личности пожилых людей, при применении фармакотерапии надо учитывать следующее. 1. Повышенная внушаемость больных старческого возраста благоприятствует более широкому использованию плацебо-эффектов. С этой точки зрения врачу следует чаще назначать витамины, укрепляющие средства и др. 2. В связи с соматической и нервной истощаемостью употребление психотропных средств не должно быть длительным. 3. У пожилых людей побочные явления и осложнения наступают быстрее, а также при более низкой дозе препарата. Особенно часто наблюдаются болезненные изменения сознания, связанные с колебаниями уровня артериального давления и гипоксией мозга.

Психофармакология беременных. Лечение беременных в психиатрии

- После большой «талидомидной трагедии» внимание терапевтов сосредоточилось на возможности вредного влияния на плод любого нового медикамента и преимущественно на его тератогенное воздействие, если он употребляется во время беременности. Представляет также интерес применение лекарственных средств и при других особых физиологических состояниях у женщин (мензес, лактация). Разумеется, речь идет и о тех видах психотропных средств, которые, как известно, нашли широкое распространение не только в психиатрии, но и в общей терапии. Здесь следует подчеркнуть, что самые тщательные исследования, касающиеся тератогенного воздействия психотропных медикаментов, не позволили достаточно обоснованно утверждать, что эти препараты обладают подобными свойствами. Большое практическое и теоретическое значение имеют также исследования других сторон токсического влияния психотропных средств на плод.

- Представляют интерес статистические данные Favre-Tissot и сопр. относительно состояния здоровья новорожденных детей, матери которых во время беременности принимали психотропные средства. Авторы установили, что у 293 женщин, употреблявших такие медикаменты, родились 287 детей; 9 из них, т. е. 3,1%, имели различные аномалии. У одного из этих новорожденных аномалия была обусловлена хромосомной абберацией — трисомией, т. е. не была связана с терратогенным воздействием. Согласно французской статистике, частота аномалий у новорожденных детей среди населения в целом колеблется между 2% и 3%, поэтому названные выше авторы утверждают, что нельзя говорить о тератогенезе у детей в результате воздействия психотропных средств.

- Следует напомнить, что в дискуссионных заметках по поводу этой статьи Nirrius подчеркивает снижение частоты зачатий у замужних женщин, проходивших амбулаторно курс лечения психофармакологическими средствами. Автор связывает это с эндокринно обусловленной аменореей — косвенным результатом указанного курса лечения. Tosetti на основании экспериментальных исследований и статистических данных отвергает возможность повреждения плода, обусловленного воздействием психотропных средств. К аналогичным выводам пришли и Degkwitz, Ayd, Voster. Лишь работа Robson и Sullivan не согласуется с этими исследованиями. Эти авторы наблюдали недоразвитие плода у самок животных, получавших имипрамин. Установлено, что фенотиазины проникают через плацентарный барьер (Behn et al.). Bente подчеркивает сложность этого вопроса и предостерегает от поспешных выводов в этой области. Автор говорит, что статистические сравнения с населением в целом не показательны и что мы еще не знаем, каков процент аномалий у детей, родившихся от матерей, страдающих шизофренией. Scobel (цит. по Corboz) сообщает о 10 случаях заболеваний желтухой из 73 новорожденных детей, матери которых получали препараты фенотиазина. Это обусловлено нарушением функции печени у детей в результате действия медикаментов.

Правила психотропной терапии беременных.

Плацебо-эффект в психиатрии.

- Ряд других фактов, кроме перечисленных, показывает, что назначение психотропных средств во время беременности требует серьезного отношения. Совершенно очевидна необходимость соблюдения следующих правил: 1) полностью отказаться от психофармакологических средств или назначать их только в исключительных случаях в первые 3 месяца беременности; 2) не применять психотропные средства во время беременности при легких психических заболеваниях; 3) пользоваться лишь наименее токсичными препаратами; 4) назначать только те медикаменты, которые хорошо изучены с точки зрения их эффективности и побочных явлений; 5) ни в коем случае не употреблять и не испытывать лечебное действие новых препаратов. 6) при необходимости начать лечение у женщин в том возрасте, когда возможна беременность, следует при помощи анамнеза или объективных обследований исключить наличие беременности. Здесь, однако, надо иметь в виду, что хлорпромазин и промазин могут симулировать положительный иммунологический тест для установления беременности (Cornu).

- Месячные не являются противопоказанием для приема психотропных средств. Тем не менее в связи с наличием пред- и менструального синдрома, проявляющегося у женщин некоторой психической и физиологической лабильностью, дозировку лекарства рекомендуется уменьшить. В значительной мере это относится к препаратам, вызывающим выраженные вегетативные явления, например тимолептики и мягкодействующие нейрорептики. Если в результате психофармакологической терапии менструальный цикл нарушается, необходимо дозу медикамента снизить или прервать лечение до его нормализации. Опытный клиницист-терапевт располагает многочисленными наблюдениями, убеждающими его в том, что, помимо психотропного воздействия различных препаратов, в оздоровительный процесс включаются и другие моменты, которые сообразно фазе и природе психического расстройства играют большую или меньшую роль. Если медикаментозное вмешательство является фармакогенным фактором, то остальные условия, параллельно участвующие в терапевтическом процессе, обозначаются как экстрафармакологические факторы. Наиболее существенные из них — плацебо-эффект и мильо-эффект.

- Под **плацебо-эффектом** понимают лечебное воздействие, обусловленное не фармакодинамическими свойствами медикамента, а верой больного в то, что он принимает эффективное для его заболевания лекарство. Следовательно, плацебо-эффект — это терапевтическое воздействие, которое разворачивается вне специфического или общего влияния препарата, но является дополнением к собственно лечебным свойствам последнего. Плацебо-эффект — величина непостоянная. Его сила и продолжительность зависят от многих факторов. Среди них центральное место занимают личность и авторитет врача, популярность самого лекарства и отношение больного к проводимому лечению. В конечном счете плацебо-эффект очень близок к психотерапевтическим методам.

Заключение:

- **На всех этапах лечения больных с невротическими расстройствами необходима взаимосвязь медикаментозной (биологической) терапии и психотерапии.** И хотя каждый из этих методов может иметь самостоятельное значение, однако лишь в комплексе они позволяют осуществить наиболее близкое к оптимальному лечебное воздействие.
- Во время проведения лечебного курса значение психофармакотерапии и психотерапии в общем терапевтическом воздействии изменяется в зависимости от динамики состояния; неизменным остается одно: комплексное и динамичное применение индивидуально подобранных психотропных препаратов и психотерапевтических методов дает более выраженные и стабильные результаты лечения по сравнению с использованием только психофармакотерапии или только психотерапии.

Список использованной литературы:

1. *Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г.* Психиатрия. М.: Медицина, 2002.
2. *Кербиков О. В., Коркина М. В., Наджаров Р. А., Снежневский А. В.* Психиатрия. М.: Медицина, 2003.
3. *Жмуров В. А.* Общая психопатология. Иркутск: Издательство Иркутского университета, 2005.
4. *Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др.* Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 2009.
5. *Крафт-Эбинг Рихард.* О здоровых и больных нервах. М.: Издатель А. Ю. Заславский, 2009.
6. Petrilowitsch N. Синдром недостаточности при фармакотерапии депрессивных состояний.— В кн.: Депрессии. Вопросы клиники, психопатологии, терапии. Москва — Базель, 2004, с. 97—100.



*Спасибо
за внимание!*