

УКРАИНСКАЯ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
УКРАИНСКИЙ НИИ СОЦИАЛЬНОЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ И
НАРКОЛОГИИ

ОСНОВЫ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ

ПОСОБИЕ

Под редакцией
чл.-корр. Крымской АН,
доктора медицинских наук,
профессора О.Г.Сыропятова

Киев-2007

Олег Геннадьевич Сыропятов
Наталья Александровна Дзеружинская
Елена Игоревна Аладышева
Основы психофармакотерапии:
пособие для врачей

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=3133605

*Основы психофармакотерапии: Пособие /О. Г. Сыропятов, Н. А. Дзеружинская, Е. И.Аладышева и др.; Под ред. академика КАН, д. м.н., профессора О. Г. Сыропятова: Наук. Світ; Киев; 2007
ISBN 978-966-675-519-6*

Аннотация

Пособие предназначено для практикующих врачей – психиатров, врачей общей медицинской практики и военных врачей. Пособие содержит основные положения психофармакотерапии и предназначено для обучения врачей на курсах специализации по психиатрии, а также может быть использовано при тематическом усовершенствовании по психофармакотерапии и семейной медицине.

Содержание

Список сокращений	4
Раздел I. Психофармакологическая пропедевтика	8
Введение	8
Глава 1.1. Классификация психофармакологических средств и общие принципы терапии	12
Глава 1.2. Принципы лечения антипсихотическими лекарственными средствами (нейролептиками)	21
Конец ознакомительного фрагмента.	43

**Олег Геннадьевич
Сыропятов, Наталия
Александровна
Дзеружинская, Елена
Игоревна Аладышева**

**Основы
психофармакотерапии:
пособие для врачей**

Список сокращений

МКБ-10 Международная классификация болезней 10-го
пересмотра

МАО моноаминооксидаза

МАО – А моноаминооксидаза типа А

ЦНС Центральная нервная система

ГАМК гамма – аминomásляная кислота

ВОЗ Всемирная Организация Здравоохранения

ИМАО Ингибиторы моноаминооксидазы

СИОЗС селективные ингибиторы обратного захвата серо-

тонина

ЭПС экстрапирамидный синдром

5HT серотониновые рецепторы

D дофаминовые рецепторы

A (α) альфа – адренергические рецепторы

H гистаминовые рецепторы

M мускариновые рецепторы

ТЦА трициклические антидепрессанты

АТФ, аденозинтрифосфорная кислота

АДФ аденозиндифосфорная кислота

цАМФ циклоаденозинмонофосфорная кислота

РНК рибонуклеиновая кислота

ГЭБ гематоэнцефалический барьер

Посвящается памяти коллеги, рыцаря науки, доктора медицинских наук Валентина Борисовича Литвинова



Литвинов Валентин Борисович, родился 6 июля 1935 года в Киеве. В 1960 году окончил Киевский медицинский институт им. А. А. Богомольца. С 1960 по 1962 гг. работал врачом – ординатором в Черкасской областной психоневрологической больнице.

Научно – практическая деятельность В. Б. Литвинова связана с психиатрией, психофармакологией, психотоксикологией и наркологией. С 1962 года по 1991 год – аспирант, младший научный сотрудник, старший научный сотрудник (руководитель научной группы по психотоксикологии), глав-

ний научный сотрудник Института фармакологии и токсикологии АМН Украины, доктор медичних наук.

С 1991 по 1992 годы заместитель директора по научной работе Научно – исследовательского института народной медицины Ассоциации народной медицины МЗ Украины. С 1992 по 1994 годы – советник по медицинским вопросам представителя Президента Украины в Московском районе г. Киева.

С 1994 по 1999 годы – заместитель Председателя, главный научный сотрудник Комитета по контролю за наркотиками, главный научный сотрудник Фармакологического комитета МЗ Украины.

С 2000 по 2006 годы работал в Украинском научно – исследовательском институте социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины главным научным сотрудником отдела медико – социальных проблем терапии психических расстройств и руководителем лаборатории биохимии и патофизиологии зависимых состояний отдела проблем наркологии.

Основная направленность научной деятельности состояла в изучении проблем экспериментальной и клинической психиатрии и наркологии, а также психофармакотерапии. В. Б.Литвиновым опубликовано около 200 научных работ, получено 12 свидетельств об изобретениях и инновациях. Соавтор лекарственных препаратов: алоксим, корвалдин и др.

Раздел I.

Психофармакологическая пропедевтика

Введение

Широкое распространение психических расстройств в популяции, недостаточное развитие психиатрической помощи и высокий уровень коморбидности психических и соматических расстройств делает актуальным знание основ психофармакотерапии врачами всех специальностей.

Современные тенденции развития психиатрии требуют выявления, диагностики и лечения психических расстройств не только в психиатрических стационарах или в диспансерах, но и в общемедицинской практике. Это связано с деинституализацией психиатрии, сближением психиатрии с общей медициной и более гуманным отношением к больным – стремлением удалить привычные «ярлыки» психически больных. Современная международная классификация психических и поведенческих расстройств МКБ-10 нацелена на точную научную и достоверную статистическую и клиническую диагностику психических и поведенческих расстройств. Вместе с тем, в практике встречаются психи-

ческие расстройства, не достигшие достаточной полноты симптоматики по МКБ-10, но требующие врачебного вмешательства. Такие расстройства могут квалифицироваться как субклинические психические расстройства и успешно лечиться врачами общей практики под руководством консультирующих психиатров в соответствии с «концепцией консультирования и взаимодействия». Своевременное назначение психотропных препаратов на ранних стадиях психического расстройства снижает затраты на лечение таких больных и предотвращает развитие таких тяжелых осложнений, как суициды и агрессия. Сочетание соматических заболеваний с психическими расстройствами также требует назначения психотропных средств.

Таким образом, актуальность изучения врачами общей практики психофармакотерапии диктуется современным уровнем развития медицины.

Понятие «psychopharmakon» впервые встречается в трудах богослова Lorichius (1548). В 1920 г. Macht определил понятие «психофармакология». Современная эпоха психофармакологии начинается с 50-х годов XX века и связана с введением в практику первого нейролептика – хлорпромазина французскими учеными Delay и Deniker в 1952 г. ввели понятие «нейролептической» терапии.

История антидепрессантов начинается с 1957 г. с обнаружения антидепрессивных свойств у некоторых противотуберкулезных препаратов, относящихся по современным

классификациям к группе ингибиторов моноаминоксидазы (МАО). Использовать этот «побочный» эффект для лечения депрессии предложил Kline. В 1960 г. американский исследователь Axelrod установил механизм действия трициклических антидепрессантов (прямое влияние этих веществ на пресинаптический захват серотонина и норадреналина в синапсах нейронов ЦНС) и получил за эти исследования Нобелевскую премию.

В 1954 г. Sternbach синтезировал первый бензодиазепиновый транквилизатор хлордиазепоксид, высокую терапевтическую активность которого в отношении тревоги в том же году обнаружил Berger.

Антиманиакальные свойства лития, выявленные австралийским психиатром Cade в 1949 г., послужили основанием для выделения еще одной группы психотропных лечебных средств – нормотимиков.

Группа ноотропных препаратов начала формироваться в 1963 г., когда у некоторых производных ГАМК были выявлены свойства активировать когнитивные процессы.

Первый симпатомиметик – амфетамин – был синтезирован в 1935 г.

Таким образом, середина XX века была знаменательна созданием 6 важнейших классов психотропных средств: нейрорептики (антипсихотические средства), антидепрессанты и нормотимики, транквилизаторы, ноотропы и стимуляторы. Введение в практику психотропных средств произвело

переворот в лечении психических расстройств и послужило развитию новой научной дисциплины – психофармакологии.

Глава 1.1. Классификация психотропных средств и общие принципы терапии

Существуют химические, нейрофизиологические, электроэнцефалографические, фармакологические классификации психотропных средств. Однако, наиболее приемлемой является клиническая классификация, предложенная Delay (1976). Согласно этой классификации, все психотропные препараты делятся на три группы: 1) психолептики (нейролептики/антипсихотические средства, гипнотические вещества, транквилизаторы); 2) психоаналептики, или психостимуляторы (антигипнотические вещества – «пробуждающие амины», антидепрессанты и прочие стимуляторы); 3) психодизлептики, или психотомиметические вещества – галлюциногены.

Последние десятилетия ознаменовались значительным ростом новых психотропных средств, соединяющих различные психотропные эффекты с избирательностью действия на психопатологическую симптоматику. Большинство клиницистов продолжают пользоваться классификацией, предложенной в 1969 г. научной группой ВОЗ. В соответствии с этой классификацией все психотропные средства подразделяются на семь классов:

- 1) нейролептики/антипсихотические средства;
- 2) транквилизаторы/анксиолитики;
- 3) антидепрессанты;
- 4) нормотимики;
- 5) ноотропы/ноэтики;
- 6) психостимуляторы;
- 7) психодизлептики.

Собственно психотропным терапевтическим действием обладают препараты первых четырех классов. Ноотропы/ноэтики можно определить как группу «нейрофармакотерапии». В класс ноэтиков по современным представлениям входят ноотропы, психоэнергизаторы, психостимуляторы, нейропептиды и адаптогены. Психодизлептики не используются в клинической практике.

Все **нейролептики/антипсихотические средства** успокаивают, угнетают и тормозят нервную систему. Они купируют состояния психомоторного возбуждения, бред, галлюцинации и другие проявления психозов. По химическому строению это различные препараты, имеющие свой спектр психотропной активности и побочных эффектов. Соматические побочные эффекты весьма значительны у первых представителей этого класса веществ – производных фенотиазина. Неврологические осложнения – у производных бутирофенона. Требования к современным нейролептикам, помимо психотропной активности, включают минимум побочных эффектов. В связи с синтезом нейролептических препара-

ратов с новыми свойствами предлагается использовать для этой группы лекарственных средств термин «**антипсихотические**» препараты.

Для сравнения антипсихотических препаратов Мосолов (2000) предложил учитывать свойства «идеального антипсихотического средства»:

- Широкий спектр биохимического и клинического действия.
- Одновременная эффективность при различных синдромальных вариантах и стадиях течения шизофрении.
- Быстрое купирование психомоторного возбуждения и галлюцинаторно – бредовой симптоматики при поддержании нормального уровня бодрствования больных.
- Коррекция негативной симптоматики.
- Возможность длительного применения без развития явлений привыкания.
- Возможность редкого приема (1 раз в день и реже).
- Хорошая переносимость (отсутствие экстрапирамидных и других соматоневрологических побочных эффектов).
- Минимальное число лекарственных взаимодействий.

Традиционно выделяют группу **транквилизаторов**, хотя еще в 1967 г. эксперты по психофармакологии ВОЗ предложили заменить это название термином «**анксиолитики**». Основное фармакологическое действие препаратов этой группы – воздействие на тревогу (anxiety). Помимо противотревожного действия препараты этой группы устраня-

ют беспокойство, аффективную неустойчивость, мышечное напряжение и нарушения вегетативных функций. К сожалению, бесконтрольное применение транквилизаторов привело к их негативной оценке, которая обусловлена возможностью формирования зависимости и нестойкостью терапевтического эффекта. Последнее возражение против «химического решения психологических проблем» исходило от психотерапевтов, поскольку долгий и трудный процесс перестройки личностных особенностей пациентов решался простым назначением транквилизатора.

Антидепрессанты оказывают преимущественное действие на аффективную сферу (пониженное настроение). Спектр действия антидепрессантов различен. У одних препаратов вместе с антидепрессивным более выражено стимулирующее действие (мелипрамин, анафранил), у других – седативное (амитриптилин, леривон). Ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) обладают стимулирующим действием и могут вызывать эйфорию. Препараты четырехциклической структуры (лудиомил, пиразидол) оказывают сбалансированное седативное и стимулирующее действие. Сбалансированным действием и минимальными побочными эффектами обладают антидепрессанты с серотонинергическим действием (СИОЗС). Особым психофармакологическим действием обладает тианептин (коаксил) – анксиолитический рединамизирующий антидепрессант. Для лечения больных с депрессией в общей медицинской практике следует выбирать

препараты, имеющие минимальные побочные эффекты. Оптимальным спектром эффективности при минимальных побочных эффектах, по мнению Смулевича (2000; 2003) и других авторов, обладает коаксил и пиразидол.

Группу **нормотимиков** представляют препараты лития и антиконвульсанты (карбамазепин, соли вальпроевой кислоты и др.). Применение этих препаратов способствует предупреждению аффективных приступов.

Ноотропы — препараты, улучшающие метаболизм нервных клеток, что выражается в активации интегративных мозговых процессов и улучшении когнитивных функций.

К ноотропам относятся ноотропил, пиридитол, пантогам, оксибутират натрия, ноофен, пикамилон. Церебролизин обладает выраженным нейротрофическим действием.

Психостимуляторы обладают в основном активирующим действием, что определяет их назначение при различных астенических, апатических, ипохондрических состояниях. К психотоникам относятся фенамин, сиднокарб, сиднофен. Однако их применение ограничено из-за возможного развития зависимости. Оказывают стимулирующий эффект и некоторые препараты растительного и животного происхождения – **адаптогены**: женьшень, элеутерококк, пантокрин и др.

Психодизлептические препараты – *галлюциногены* не используются в клинической практике, но могут применяться при аддиктивном поведении.

Многие психотропные препараты обладают перекрестным действием. Так, малые дозы нейролептиков можно использовать как транквилизаторы (тиоридазин, терален, френолон, эглонил). Это относится и к некоторым антидепрессантам (коаксил, леривон, пиразидол). Иногда трудно разграничить действие антидепрессантов и стимуляторов, поскольку некоторые антидепрессанты обладают стимулирующим действием (ИМАО). Современный уровень развития нейропсихофармакологии позволяет синтезировать препараты с заданными свойствами. Препараты последнего поколения, как антипсихотики, так и антидепрессанты обладают строгой избирательностью действия на те или другие нейромедиаторные структуры.

В таблице 1 представлена классическая классификация психофармакологических средств, предложенная С. Н. Мосоловым (2002).

Табл. 1. Клиническая классификация психофармакологических препаратов

Класс	Подгруппа	Препараты
Психолептики		
I. Нейролептики/ Антипсихотики	А. С преимущественно седативным действием	Хлорпромазин (аминазин), левомепромазин, хлорпротиксен, перизиазин, промазин и др.
	Б. С мощным антипсихотическим (инцизивным) действием	Типроперазин, зуклопентиксол, трифлуоперадол, дроперидол, пипотиазид, галоперидол, трифлуоперазин и др.
	В. С преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием	Сульпирид, амисульприд, карбидин, пимозид, метофеназин и др.
	Г. Атипичные антипсихотики	Клозапин, кветиапин, оланзапин, рисперидон, сертиндол.
II. Анксиолитики (транквилизаторы)		Бензодиазепины: диазепам, нитразепам, медазепам, фенезепам; гидроксизин, буспирон и др.
Психоаналептики		
I. Антидепрессанты/ тимоаналептики	А. С преимущественно седативным действием	Тримипрамин, доксепин, amitриптилин, тразодон, миансерин, миртазапин, флувоксамин и др.
	Б. Сбалансированного действия	Мапротилин, досулепин, пиразидол, кломипрамин, сертралин, пароксетин, циталопрам и др.
	В. С преимущественно стимулирующим действием	Ингибиторы МАО (ниаламид, моклобемид и др.), ребокситин, флуоксетин, дезипрамин, милнаципрам, имипрамин и др.
II. Психостимуляторы /психотоники		Амфетамины (фенамин и др.), сиднонимины (сиднофен, сиднокарб), меридил, метилфенидат, кофеин и др.
III. Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы)	А. С седативными свойствами	Фенибут (ноофен), пикамилон, пантогам, мексидил
	Б. С психостимулирующими свойствами	Ацефен, пиридитол, пирacetам, бемитил, аминалон, фенотропил
Психодизлептики		Амид лизергиновой кислоты, псилоцибин, мескалин и др.
Тимозлептики/ Нормотимики		Соли лития, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, ламотриджин, топирамат, блокаторы кальциевых каналов.

Основные принципы психофармакотерапии

Эффективность лекарственной терапии психотропными средствами определяется соответствием выбора препарата клинической картине болезни, правильностью режима его

дозирования, способом введения и длительностью терапии. Яничак с соавт. (1999) выделяют следующие семь принципов психофармакотерапии.

- Постоянное уточнение психического состояния пациента.
- Психофармакотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления.
- Длительность лечения и время его начала определяется стадией болезни (например, острая фаза, обострение, рецидив).
- При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий терапии.
- В каждом последующем болезненном состоянии первичный выбор препаратов для данного пациента определяется имеющимися анамнестическими сведениями (в том числе и семейным анамнезом) о переносимости определенных лекарственных средств этим больным.
- Очень важно, чтобы терапия была направлена на определенные, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения.
- В процессе всего курса лечения необходимо наблюдать за возможным проявлением побочного действия лекарств. Подобный мониторинг часто предполагает лабораторные исследования, что обеспечивает контроль, как безопасности,

так и оптимальной эффективности применяемых назначений.

Глава 1.2. Принципы лечения антипсихотическими лекарственными средствами (нейролептиками)

Терапевтическое действие традиционных нейролептических средств определяется, главным образом, по клинике нейролепсии. Психический компонент нейролепсии заключается в снижении психоэнергетического уровня, влечений, аффективности, снижении всего витального тонуса. Психомоторный компонент нейролепсии складывается из уменьшения спонтанности движений. Большинство нейролептиков обладает не только узким нейролептическим успокаивающе – угнетающим действием, но также и стимулирующим и активирующим.

Можно выделить четыре основных компонента действия нейролептиков в порядке возрастания:

- 1) седативное действие: аминазин – тизерцин – труксал;
- 2) общее глобальное антипсихотическое действие: аминазин – метеразин – мажептил;
- 3) антипсихотическое действие, направленное на галлюцинозоподобные – параноидные расстройства: аминазин – трифтазин – галоперидол;
- 4) антипсихотическое действие со стимулирующим ком-

понентом: метеразин – этаперазин – френолон.

Наибольшее значение при выборе нейролептика и определении спектра его психотропной активности имеет соотношение двух параметров – глобального антипсихотического и первичного седативного эффектов (табл.2).

Табл. 2. Клиническая классификация современных антипсихотических средств по Мосолову (2004)

1	Седативные антипсихотики	Левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, серициазин
2	Индизивные (избирательные) антипсихотики	Галоперидол, зуклопентиксол, пипотиазин, типроперазин, трифлуоперазин, флуфеназин

		и др.
3	Дезингибирующие (активирующие) нейролептики	Сульпирид, карбидин
4	Атипичные антипсихотики	Клозапин, оланзапин, рисперидон, кветиапин, амисульприд
5	Препараты нового поколения	Арипипразол, zipразидон, сертиндол, илоперидол, блонансерин и др.

Самая обширная группа, выделенная по химическому строению, это производные фенотиазина (аминазин, пропазин, левомепромазин, дипразин, терален). Препараты этой группы обладают наибольшими побочными эффектами. **Хлорпромазин (Chlorpromazine, Aminazini). Показания.** Психомоторное возбуждение, гипоманиакальные и маниакальные состояния, острые галлюцинаторно – бредовые синдромы, психозы с проявлениями агрессивности; возбуждение при деменции и умственной отсталости; выражен-

ная тревога, состояние страха, эмоционального напряжения; подготовка к анестезии, потенцирование анестезии; обезболивание родов, эклампсия; купирование тяжелой рвоты; иногда применяют для купирования эпилептического статуса (при неэффективности других методов лечения), фебрильная шизофрения. **Противопоказания.** Тяжелые депрессивные расстройства – препарат провоцирует и усугубляет симптомы депрессии; заболевания печени, почек (нефрит); нарушение функции кроветворных органов; микседема; прогрессирующие системные заболевания головного и спинного мозга; декомпенсированные заболевания сердечно – сосудистой системы; тромбоэмболическая болезнь; острый период черепно – мозговой травмы; беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Вялость, апатия, выраженные сонливость и слабость; головокружение; артериальная гипотензия; фотосенсибилизация и пигментация кожи; диспепсические расстройства; желтуха; агранулоцитоз; экстрапирамидные расстройства, поздние дискинезии. При парентеральном применении возможны раздражение тканей, болезненные инфильтраты в месте введения. **Меры предосторожности.** На время лечения не рекомендовано выполнение работы, требующей быстрой реакции, и употребление алкоголя. С осторожностью назначают при желчно– и мочекаменной болезни, остром пиелите, ревматизме, ревмокардите. С осторожностью назначают больным паркинсонизмом, эпилепсией, сахарным диабетом, при за-

болеваниях сердечно – сосудистой системы. В случаях появления гипертермии лечение препаратом следует немедленно прекратить из-за возможности развитие злокачественного нейролептического синдрома. Не рекомендован одновременный прием препарата с леводопой, гуанетидином, солями лития, этанолом и этанолсодержащими препаратами. **Дозы и применение.** Внутрь. Начальная доза 25–75 мг/сут с постепенным увеличением до средней суточной дозы 300–600 мг после еды, разделенной на 4 приема. В/м. к необходимому количеству препарата добавляют 2–5 мл 0,25–0,5 % раствора новокаина или 0,9 % раствора натрия хлорида. Раствор вводят не более 3 раз в сутки. Суточная доза не более 600 мг/сут. При достижении эффекта переходят на прием препарата внутрь. В/в. назначается редко. К необходимому количеству препарата добавляют 10–20 мл 5% (иногда 20–40 %) раствора глюкозы или 0,9 % раствора натрия хлорида. Раствор вводят медленно в течение 5 мин однократно. Разовая доза 25–50 мг, не более 100 мг. Максимальная суточная доза 250 мг. При достижении эффекта переходят на прием препарата в/м или внутрь. Аминазин®. Драже по 25, 50 и 100 мг – № 10, 30, 50, 100. Растворы для инъекций, ампулы по 1, 2 и 5 мл, 25 мг/мл – № 10.

Менее токсичным и лучше переносимым препаратом является **Терален (Alimemazine)**, обладающий также спазмолитическим, антигистаминным и противосудорожным эффектом. При введении препарата уменьшается сократитель-

ная активность миокарда. Гипотензивный эффект выражен незначительно, однако потенцируется действие других гипотензивных средств. Седативный эффект тералена отличается от действия аминазина ощущением довольства и благополучия. Наряду с седативным у тералена выражено снотворное действие. Обладает не только нейролептическим, но и антидепрессивным свойством. Показан при сенестопатических и ипохондрических состояниях, соматизированных психических расстройствах, тактильном галлюцинозе (зоопатический бред), сенестопатических депрессиях, тревожно – депрессивных состояниях с нарушением сна. При коморбидных психических расстройствах обычная доза тералена составляет 0,005–0,01 г/сут. **Противопоказания.** Тяжелые заболевания печени и почек, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Сонливость, сухость во рту, слабость, запор, парез аккомодации, задержка мочеиспускания. В редких случаях наблюдаются экстрапиримидные расстройства в виде гипокинезии, акатизии, тремора. **Меры предосторожности.** На время лечения необходимо исключить спиртные напитки. Пожилым пациентам рекомендуются меньшие дозы. Внутримышечные инъекции проводить в положении лежа. **Дозы и применение.** Средняя разовая доза 5–15 мг, суточная доза – 40–50 мг в 3–4 приема. Терален выпускается в таблетках по 0,005 г. Капли (4 % раствор) – в 1 капле 1 мг. Растворы для инъекций, ам-

пулы 5 мг/мл.

Френолон (Frenoloni, Metofenazatum) – слабый седатик. Не вызывает вялости, подавленности, сонливости и мышечной слабости. Обладает стимулирующим и активирующим действием, что определяет его назначение при кататонических расстройствах. Терапевтический эффект препарата развивается постепенно и становится заметным через 2–5 дней после начала лечения. Благодаря хорошей переносимости, в отличие от аминазина, френолон может использоваться при некоторых видах тошноты и рвоты. В общей медицинской практике френолон может применяться при функциональных сердечно – сосудистых нарушениях, гипертонической болезни, гастродуоденальных заболеваниях, при патологическом климаксе. Препарат эффективен при психических расстройствах с нерезко выраженной галлюцинозопараноидной, невротоподобной, ипохондрически – сенестопатической симптоматикой у пожилых и соматически ослабленных пациентов. В общей медицинской практике дозы френолона ограничиваются 0,005–0,02 г/сут. **Побочные явления.** Бессонница, отечность лица, головокружение; иногда появляется кожная сыпь. В редких случаях наблюдаются желтуха, изменение картины крови, светочувствительность. Наиболее частые осложнения – экстрапирамидные нарушения с преобладанием явлений акатизии. Препарат **противопоказан** при тяжелых заболеваниях печени и почек, заболеваниях сердца с нарушением проводимости, эндокардите,

заболеваниях крови. Выпускается в таблетках по 0,005 и в 0,5 % растворе – 1 мл (в ампуле 5 мг.)

Тиоридазин (Thioridazini, Mellaril, Sonapax) – часто применяемый в общемедицинской практике нейролептик. Препарат легко переносится больными и обладает антидепрессивным эффектом. Преимущественно центральное холинолитическое свойство тиоридазина и быстрое выведение из организма позволяет применять его при аментивно – делириозных расстройствах у пожилых пациентов. Препарат показан при тревожно – бредовых, депрессивно – параноидных, сенестоипохондрических и невротических состояниях у пожилых и соматически ослабленных больных. **Противопоказания.** Коматозные состояния, аллергические реакции и изменение картины крови при применении других лекарств. При длительном применении тиоридазина возможно развитие токсической ретинопатии. В общемедицинской практике средняя суточная доза тиоридазина составляет 0,04–0,1 г. Выпускается в таблетках по 10 и 25 мг. Син. Тиорил® табл. 100 мг № 100; Ридазин®, табл. 10 мг и 25 мг тиоридазина, Табл. № 20.

Неулептил (Periciazinum, Neuleptil) обладает умеренным адrenoлитическим и холинолитическим эффектом, выраженной противорвотной активностью. Эффективен при личностных расстройствах с моторной расторможенностью, импульсивностью, дисфориях, нарушениях влечений, конфликтностью, истерическими стигмами. Показан при пара-

нойяльных состояниях и заострении личностных черт в старости. **Противопоказания.** Тяжелая печеночная и почечная недостаточность, декомпенсированная сердечно – сосудистая недостаточность, токсический агранулоцитоз в анамнезе, закрытоугольная глаукома, порфирия, аденома предстательной железы, беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Экстрапирамидные расстройства, ортостатическая артериальная гипотензия, сухость во рту, запор, парез аккомодации, задержка мочеиспускания, эректильная дисфункция, аменорея, увеличение массы тела, галакторея, гинекомастия, гиперпролактинемия, гипертермия, холестатическая желтуха, фотосенсибилизация кожи, агранулоцитоз. **Меры предосторожности.** При появлении гипертермии немедленно отменить препарат. С осторожностью назначать больным эпилепсией и паркинсонизмом. На время лечения не рекомендовано выполнять работы, требующие быстрой реакции, и употреблять спиртные напитки. Усиливает эффект наркотических средств, анальгетиков, барбитуратов, алкоголя, гипотензивных средств и транквилизаторов. Рекомендуются в дозах 0,01–0,02 г. Начальная доза 2 – 10 мг в 3–4 приема/сут. Средняя суточная доза – 30–40 мг; максимальная доза – 50–60 мг. **Дозы и применение.** Выпускается в капсулах по 0,01 г. и в растворе. Неулептил® капсулы по 10 мг № 50 и № 500. В общей медицинской практике предпочтительно использовать капли (4 % раствор – в 1 капле 1 мг.); 30 и 125 мл.

Хлорпротиксен (Chlorprothixeni, Truxal). Обладает седативным, атипсихотическим и атидепрессивным эффектом. Показан при тревожно – депрессивных, депрессивно – параноидных и невротоподобных состояниях. В общей медицинской практике используются малые дозы хлорпротиксена для нормализации сна (0,005–0,05 г/сут). Из побочных эффектов возможен ортостатический коллапс, нарушения аккомодации, тахикардия, дизартрия, сухость слизистых оболочек, нарушения потенции. Побочные эффекты ограничивают применение препарата у пожилых пациентов. **Меры предосторожности.** Прекращают лечение путем постепенного снижения дозы лекарства. На время терапии следует избегать приема алкоголя, воздействия экстремальных температур, инсоляции, потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций. **Дозы и применение.** 50–200 мг/сут внутрь, предпочтительно на ночь. В общей медицинской практике используются низкие дозы препарата – 0,015 г. Выпускается в таблетках по 0,015 и 0,05 г. № 50.

Галоперидол (Haloperidol, Haldol, Halophen, Senorm) – нейролептический препарат из группы бутирофенона. Главное свойство – влияние на бред и галлюцинации, купирование психомоторного возбуждения. **Показания:** паранойяльные, галлюцинаторно – параноидные и галлюцинаторные состояния при шизофрении, делириозные состояния, галлюцинаторно – бредовое и маниакальное воз-

буждение. Препарат не вызывает вялости и апатии. Кроме антипсихотического действия препарат эффективен при синдроме Жилия де ля Туретта, хорее Гентингтона, различных тиках, малой хорее, спастическом тортиколлизе и других гиперкинезах, при заикании и упорной икоте центрального происхождения. Доказано, что галоперидол безопасен для беременных, рожениц и для плода. Возможно также применение препарата при инфаркте миокарда и в постинфарктном периоде для снятия возбуждения и напряженности.

Противопоказания. Заболевания ЦНС, сопровождающиеся пирамидными и экстрапирамидными расстройствами; депрессивные состояния; кома; беременность и грудное вскармливание; возраст до 3 лет; повышенная чувствительность к галоперидолу и другим производным бутирофенона, а также к конжутному маслу при применении деканоата.

Побочные действия. Экстрапирамидные расстройства, большие эпилептические припадки, усиление психических расстройств, депрессия, при применении в высоких дозах – артериальная гипотензия, тахикардия, изменение показателей ЭКГ; преходящие и незначительные лейкопения, эритропения, лейкоцитоз, диспепсические расстройства, нарушения функции печени, гинекомастия, гиперпролактинемия, нарушение менструального цикла, эректильная дисфункция, изменение либидо; сухость во рту, нарушения зрения, приапизм, задержка мочи, ларинго- и бронхоспазм, ретинопатия.

Меры предосторожности. Препарат

с осторожностью назначают при эпилепсии, декомпенсированных сердечно – сосудистых заболеваниях, тяжелых болезнях почек, предрасположенности к глаукоме, тиреотоксикозе, легочной недостаточности. Не рекомендовано выполнение работ, требующих быстрой реакции, и употребление алкоголя. **Лекарственные взаимодействия.** Галоперидол потенцирует действие антигипертензивных средств, опиоидных анальгетиков, барбитуратов, антидепрессантов, этанола. При одновременном применении галоперидола и антикоагулянтов наблюдается уменьшение эффекта последних. Противопоказано сочетание галоперидола с литием. **Дозы и применение.** В начале лечения при отсутствии выраженного возбуждения 1,5–3 мг/сут в 2–3 приема, через 30 мин после еды, с постепенным повышением дозы до получения терапевтического эффекта (от 10 до 60 мг/сут). Продолжительность лечения устанавливается индивидуально. Снижение дозы производят постепенно. Поддерживающие дозы 0,5–5 мг/сут. В/м. 2–5 мг 2–3 раза в сутки в течение нескольких дней до купирования психомоторного возбуждения с последующим переходом на прием препарата внутрь. В общей медицинской практике, во избежание развития экстрапирамидных синдромов, следует применять низкие дозы препарата – 0,75–1,5 мг. Выпускается в таблетках по 0,0015 и 0,005 г, во флаконах по 10,0 мл 0,2 % раствора (10 капель – 1 мг.). Ампулы по 1,0 мл 0,5 % раствора.

Галоперидол деканоат (Haloperidoli decanoati) Дозы

и применение. 50–200 мг 1 раз в 2–4 нед, в/м. Галоперидол деканоат® растворы для инъекции, ампулы по 1,0 мл 50 мг/мл; № 1 и 5.

Зуклопентиксол (Zuclopenthixoli). Клопиксол (зуклопентиксол) является производным тиоксанта. **Показания.** Шизофрения и другие психотические расстройства с галлюцинаторно – параноидной симптоматикой. Обладает антипсихотическим и специфическим тормозящим действием. Неспецифический седативный эффект проявляется через два часа. Назначается пациентам с ажитацией, беспокойством, враждебностью или агрессивностью. В общемедицинской практике клопиксол назначается с осторожностью пациентам с судорожным синдромом, хроническим гепатитом и сердечно – сосудистыми заболеваниями. Возможно развитие экстрапирамидных симптомов. В большинстве случаев они корригируются снижением дозировок или назначением антипаркинсонических средств. **Противопоказания.** Острая интоксикация алкоголем, барбитуратами, опиатами; коматозные состояния; беременность, грудное вскармливание. **Побочные действия.** Головокружение, сонливость, экстрапирамидные нарушения, нарушение аккомодации, поздняя дискинезия; тахикардия, ортостатическая артериальная гипертензия; сухость во рту, запор. **Меры предосторожности.** С осторожностью назначается при заболеваниях печени, сердечно – сосудистых заболеваниях, судорожном синдроме. Не рекомендовано выполнение работы, требующей

быстрой реакции, и употребление спиртных напитков. **Дозы и применение.** Внутрь 10–15 мг/сут. Клопиксол® Таблетки по 2, 10 и 25 мг; № 50 и 100.

Зуклопентиксол ацетат (Zuclopenthixoli acetate). Показания. Начальное лечение острых и хронических психозов и маниакальных состояний в фазе обострения. Однократная инъекция обеспечивает выраженное и быстрое ослабление психотической симптоматики. Продолжительность действия препарата 2–3 дня. После 1 или 2 инъекций пациента обычно переводят на лечение пероральными лекарственными средствами или депо – формами. Клопиксол – акуфаз®. Растворы для инъекций, ампулы по 1 и 2 мл, 50 мг/мл.

Зуклопентиксол деканоат (Zuclopenthixoli decanoate). Препарат пролонгированного действия. Клопиксол – депо®. Растворы для инъекций, ампулы по 1,0 мл, 200 мг/мл. Растворы для инъекций, ампулы по 1,0 мл 500 мг/мл.

Флупентиксол (Flupentixol). Показания. Психотические состояния; психосоматические расстройства, тревога, обусловленная стрессовыми ситуациями и другие тревожные расстройства. **Противопоказания.** Острая интоксикация алкоголем, барбитуратами, опиоидными анальгетиками; коматозные состояния; состояния возбуждения или гиперактивности; беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Транзиторная бессонница (особен-

но после применения седативных нейролептиков), экстрапирамидные расстройства, нарушение аккомодации, изменения функциональных показателей печени. **Меры предосторожности.** С осторожностью назначают при заболеваниях печени, сердца, эпилепсии. Во время лечения не рекомендовано выполнение работ, требующих быстрой реакции, и употребление алкоголя. Не рекомендуется применять при гиперактивности и состоянии возбуждения. В случае предшествующей терапии нейролептиками с седативным действием их прием следует постепенно прекратить. **Лекарственные взаимодействия.** Усиливает эффект снотворных, наркотических средств, анальгетиков, алкоголя. Ослабляет эффект леводопы, амфетамина и адренергических средств. Флупентиксол не следует применять с гуанетидином и другими средствами подобного действия. При одновременном применении с метоклопрамидом и пиперазином повышает риск развития экстрапирамидных расстройств. **Депрессивные и тревожные расстройства.** Начальная доза 1 мг/сут (утром) или по 0,5 мг 2 раза в сутки. При отсутствии эффекта через 1 неделю дозу увеличивают до 3 мг/сут в несколько приемов. В случае отсутствия эффекта в дозе 3 мг/сут препарат отменяют. **Психотические состояния.** Начальная суточная доза 5–15 мг; в дальнейшем дозу увеличивают до 40 мг/сут в 2–3 приема. Флуанксол®. Драже по 0,5 и 1 мг; № 100. Таблетки по 5 мг № 100. Капли (флаконы) 100 мг/мл – 10,0 мл.

Флупентиксол Деканоат (Flupentixoli Decanoate).

Пролонгированная форма флупентиксола. **Показания.** Профилактика рецидивов при хронических психозах (шизофрения). Противопоказания и меры предосторожности, как и у Флупентиксола. **Дозы и применение.** Препарат применяют в/м. Средняя поддерживающая доза 20–200 мг 1 раз в 2–4 нед. При обострении психоза возможно увеличение дозы до 400 мг в 1–2 нед. После купирования острого состояния дозу снижают до средней поддерживающей дозы. Флюанксол. Растворы для инъекций, ампулы по 1,0 мл, 20 мг/мл и 100 мг/мл; № 1 и 10.

Флуфеназин (Fluophenazine). **Показания.** Психомоторное возбуждение, опасное импульсивное возбуждение, связанное с насильственными действиями, шизофрения и другие хронические психозы; невротические состояния, сопровождающиеся тревогой и напряжением. **Противопоказания.** Выраженный атеросклероз сосудов головного мозга; феохромоцитомы; почечная, печеночная и сердечная недостаточность; тяжелые депрессивные расстройства; беременность, грудное вскармливание; детский возраст; паркинсонизм; аденома предстательной железы; закрытоугольная глаукома. **Побочные действия.** Экстрапирамидные расстройства; нарушение мочеиспускания; запоры; артериальная гипотензия; нарушение интеллектуальных функций; аномальная пигментация кожи; гормональные нарушения (галакторея, аменорея, гинекомастия); увеличение массы тела. **Ме-**

ры предосторожности. На время лечения не рекомендовано выполнение работы, требующей быстрой реакции, и употребление алкоголя. С осторожностью назначают при эпилепсии и пожилым пациентам. **Дозы и применение.** Начальная доза 1–2 мг/сут внутрь с постепенным увеличением до 10–30 мг/сут. Миренил®. Драже по 1 мг № 30 и 60. Модитен®. Таблетки по 1, 2,5 и 5 мг. Пролинат®. Растворы для инъекций, ампулы по 1 и 5 мл, 25 мг/мл – № 5.

Флуфеназин Деканоат (Fluophenazine Decanoate). Пролонгированный препарат флуфеназина. **Дозы и применение.** Препарат назначают в/м однократно с интервалом в 2–4 нед. Начальная доза 12,5 – 25 мг, при необходимости дозу повышают до 75–100 мг. Модитен – депо®. Растворы для инъекций, ампулы по 1,0 и 5,0 мл, 25 мг/мл – № 5. Липоридин – депо®. Растворы для инъекций, ампулы по 2,0 мл, 25 мг/мл.

Кветиапин (Quetiapine, Seroquel) – атипичный антипсихотик. Воздействует на позитивные и негативные симптомы. Также эффективен, как галоперидол, Низкая частота ЭПС во всем диапазоне используемых доз. Не вызывает повышения уровня пролактина плазмы. Не требует контроля крови, АД и ЭКГ. **Показания.** Шизофрения и другие психотические расстройства. Препарат приемлем при проведении длительной противорецидивной терапии у пожилых пациентов и у пациентов с явлениями терапевтической резистентности. **Противопоказания.** Заболевания кроветворной си-

стемы (в том числе и в анамнезе), хронические и тяжелые заболевания – сахарный диабет, нарушения функций печени и почек, гипертиреозидизм, беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Увеличение массы тела, сухость во рту, сонливость, тревога, нарушения сна; редко экстрапирамидные симптомы. **Меры предосторожности.** Не рекомендовано выполнение работы, требующей быстрой реакции и употребление спиртных напитков. Кветиапин напоминает клозапин с отличительными фармакологическими свойствами (отсутствует антихолинергическое действие). Рекомендованная доза 150–750 мг/сут. В связи с преходящим повышением активности ферментов печени, головокружением и ортостатической гипотензией, особенно в первые дни лечения, рекомендуется медленно повышать дозу в начале лечения. **Лекарственные взаимодействия.** Ослабляет эффект леводопы и агонистов допамина. **Дозы и применение.** Средняя доза 300 мг/сут, максимальная доза – 700 мг/сут. Сероквель®. Таблетки по 25, 100, 200 мг.

Триседил (Trifluoperidoli, Trisedyli). Химически близок к галоперидолу, но по нейролептическому эффекту в 2 раза его превосходит. Триседил потенцирует действие снотворных, наркотических и ненаркотических анальгетиков, оказывает противосудорожное действие. Триседилу присущи влияния на бред, галлюцинации, психические автоматизмы, кататонно – гебефренические состояния, манию. В общей медицинской практике триседил может использоваться при лече-

нии динамической кишечной непроходимости. Интернистам следует применять малые дозы препарата (0,001–0,003 г/сут) из-за высокой вероятности развития неврологических побочных эффектов. Выпускается в таблетках по 0,5 мг, в 0,1 % растворе -10,0 мл (в 1,0 мл 20 капель-1мг препарата) для приема внутрь.

Тиопроперазин (Thioproporazini). Препарат показан при гебефренической и кататонической формах шизофрении с непрерывным типом течения. **Противопоказания.** Сочетание с алкоголем, леводопой и гуанетидином; токсический агранулоцитоз в анамнезе; закрытоугольная глаукома; аденома предстательной железы; паркинсонизм; органические заболевания ЦНС. **Побочные действия.** Часто наблюдаются побочные экстрапирамидные расстройства: поздняя дискинезия; паркинсонизм; акатизия; окулогирные кризы; нарушения менструального цикла; тошнота, рвота, диарея; нарушения сердечного ритма; слезо- и слюнотечение; усиленная потливость; эректильная дисфункция; галакторея; гинекомастия; увеличение массы тела; холестатическая желтуха; фотосенсибилизация кожи; агранулоцитоз. **Меры предосторожности.** При появлении гипертермии необходимо немедленно прекратить лечение. Не рекомендовано выполнение работы, требующей быстрой реакции, и употребление спиртных напитков. Следует соблюдать осторожность при назначении препарата больным эпилепсией, при сочетании с гипотензивными средствами, антигистаминны-

ми препаратами, барбитуратами, транквилизаторами, атропином, опиоидами. Препарат с осторожностью назначается при заболеваниях печени, почек и сердечнососудистой системы в стадии декомпенсации. **Дозы и применение.** Начальная доза препарата 5 мг/сут с последующим повышением на 5 мг каждые 2–3 дня. Средняя суточная доза 20–60 мг. **Мажептил®.** Табл. по 10 мг № 20. Растворы для инъекций, ампулы 1,0 мл 10 мг/мл № 50.

Трифлуоперазин (Trifluoperazini) показан при шизофрении и других психозах с галлюцинаторно – бредовой симптоматикой, психомоторным возбуждением или для симптоматического лечения тошноты и рвоты. В малых дозах препарат эффективен при невротических расстройствах. **Противопоказания.** Острые воспалительные заболевания печени; заболевания сердца с нарушением проводимости в стадии декомпенсации; заболевания крови; почечная и печеночная недостаточность; беременность и грудное вскармливание. **Побочные действия.** Экстрапирамидные расстройства, акатизия, тремор; сухость во рту, расстройства сна, галакторея, аменорея, анорексия, нарушения зрения, холестатическая желтуха, тромбоцитопения; аллергические реакции в виде кожной сыпи, ангионевротического отека. **Меры предосторожности.** На время лечения не рекомендовано выполнение работы, требующей быстрой реакции, и употребление алкоголя. **Дозы и применение.** Внутрь. Разовая доза 1–5 мг, средняя суточная доза 30–80 мг. В/м. Началь-

ная разовая доза 1–2 мг через каждые 4–6 часов, средняя суточная доза 60 мг. Стелазин® таблетки по 1 и 5 мг № 50 и 100 шт. Трифтазин® таблетки по 5 мг, № 50. Растворы для инъекций, ампулы по 1,0 мл 0,2 % раствора.

Сульпирид (Sulpiride, Eglonil). Психотропные свойства эглонила включают антипсихотическое, тимоаналептическое, снотворное, антипаркинсоническое, транквилизирующее и стимулирующее действие. Купирует тревожные, тревожно – депрессивные состояния с обсессивно – фобическими и ипохондрическими расстройствами. Эффективен при вялости и адинамии. Используется при абстиненции. Препарат малотоксичен. Тормозит двигательную активность желудка и открывает привратник. Его противорвотная активность в 140 раз сильнее, чем у аминазина. Показан при язвенной болезни желудка и 12 перстной кишки. В общемедицинской практике рекомендуется применять в дозе 0,15–0,6 г/сут. Выпускается в капсулах по 0,05 г, таблетках по 0,2 г, в ампулах по 2,0 мл (0,1 г) и во флаконах в виде сиропа (1 чайная ложка содержит 25 мг). Эглонил® Капсулы 50 мг № 30; таблетки 200 мг № 12. Раствор для приема внутрь (флаконы) 0,5 % (25 мг в чайной ложке, 5 мг в 20 каплях); 200 мл. Растворы для инъекций, ампулы по 2,0 мл, 50 мг/мл № 6.

Сультоприд (Sulthoprid). Показания: острые и хронические психозы с тревогой, нарушением сознания, манией, бредом. Купирование агрессивности и возбуждения. Про-

тивопоказания. Гиперчувствительность, брадикардия, феохромоцитома, гипокалиемия. **Побочные действия.** При использовании высоких доз в течение длительного времени иногда могут отмечаться судорожный синдром, заторможенность, сонливость, экстрапирамидные расстройства, сексуальные нарушения. **Меры предосторожности.** С осторожностью назначать больным эпилепсией, с тяжелыми сердечно – сосудистыми заболеваниями, почечной недостаточностью, болезнью Паркинсона. **Дозы и применение.** Начальная доза 200 мг. Средняя суточная доза 400–1200 мг. Топрал®. Таблетки по 400 мг № 20. Ампулы 200 мг № 30.

Тиаприд (Tiapridum). Показания. Расстройства поведения (возбуждение, агрессивность), особенно у больных алкоголизмом; боли (интенсивные, некупирующиеся), дискинезии (спонтанная, поздняя, хорее Гентингтона). **Противопоказания.** Гиперчувствительность, феохромоцитома, беременность. **Побочные действия.** При длительном применении в высоких дозах иногда возможны сонливость, мышечная гипотензия, экстрапирамидные симптомы, снижение АД, сексуальные расстройства и др. **Меры предосторожности.** С осторожностью назначать больным эпилепсией, с тяжелыми сердечно – сосудистыми заболеваниями, почечной недостаточностью, с болезнью Паркинсона, водителям. **Дозы и применение.** Начальная доза 100 мг, средняя суточная доза 300–400 мг. Тиапридал® Таблетки 100 мг № 20. Ампулы по 2,0 мл 10 мг; № 12.

Клозапин (Clozapine).) – нейролептик из группы дибензодиазепинов. Обладает выраженным снотворным, седативным и антипсихотическим действием. Показан при психомоторном возбуждении, хронических психозах, навязчивостях, резистентных к другим психотропным средствам, невротических и неврозоподобных состояниях. Обладает центральным и периферическим антихолинергическим, а также периферическим альфа – адренолитическим и миорелаксирующим действием. В общемедицинской практике клозапин следует применять с осторожностью. Он вызывает слюнотечение, расстройства аккомодации, тахикардию, снижение артериального давления, головокружение, повышение температуры тела центрального происхождения. Клозапин может вызывать торможение экскреции при поражении печени и почек, усиливать склонность к судорогам при эпилепсии, ухудшать состояние при глаукоме, аденоме предстательной железы, дизурии, алкогольных и других интоксикационных психозах. Положительным свойством считается отсутствие побочных неврологических эффектов. **Меры предосторожности.** В первые 18 недель лечения следует еженедельно, а далее реже, проводить общий анализ крови. При появлении признаков гранулоцитопении немедленно прекращать прием препарата. Не рекомендуется выполнение работ, требующей быстрой реакции, и употребление спиртных напитков. **Дозы и применение.**

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.