



А. А. Бажин

СПРАВОЧНИК ПО ПСИХОФАРМАКОЛОГИИ

Санкт-Петербург
СпецLit

Александр Александрович Бажин

Справочник по психофармакологии

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=10099504

Справочник по психофармакологии:

ISBN 978-5-299-00399-4

Аннотация

Справочник содержит классификацию психотропных препаратов, основанную на особенностях их воздействия на клиническую симптоматику, что в значительной степени облегчает ориентировку практического врача во множестве разнородных психофармакологических средств. Приводится подробная классификация транквилизаторов, уточненная схема выбора нейролептиков элективного действия, разработанная автором. Разделы нейролептиков, антидепрессантов, транквилизаторов, ноотропов содержат описания новых препаратов.

Отсутствие в пособии сведений по химическому составу лекарств и подробностей о механизмах их действия делает издание компактным, в котором легко ориентироваться.

Справочник предназначен для врачей всех специальностей, в ходе своей деятельности связанных с психоневрологией.

Содержание

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ	4
ПРЕДИСЛОВИЕ	5
НЕЙРОЛЕПТИКИ	7
Группа препаратов с выраженным седативным действием и общими антипсихотическими свойствами	11
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Александр Бажин

Справочник по психофармакологии

УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

АС – абстинентный синдром

ААС – алкогольный абстинентный синдром

АД – артериальное давление

ИМАП – интрамускулярный антипсихотик

ИМАО – ингибиторы моноаминоксидазы

МАО – моноаминоксидаза

МДП – маниакальный депрессивный психоз
орап – оральный антипсихотик

ОРЗ – острое респираторное заболевание

ЦНС – центральная нервная система

ПРЕДИСЛОВИЕ

При лечении психических нарушений, особенно психотического уровня, используются многочисленные средства из самых различных фармакологических групп, которые в широком понимании этого слова называют «психофармакологическими препаратами». Однако за последние годы сформировалось более узкое понимание области психофармакологии, учитывающее только средства медиаторного и более высокого уровня действия на психические процессы.

Психофармакологические препараты обладают рядом особенностей:

- 1) действуют на психическую сферу в минимальных дозах;
- 2) затрагивают своим воздействием одновременно многие психические сферы;
- 3) эффект воздействия препаратов формируется обычно с помощью различных медиаторных систем на уровне синаптических связей в центральной нервной системе (ЦНС);
- 4) обладают чаще всего свойствами воздействия на противоположные психические сферы (например, одновременно оказывают седативный и стимулирующий эффекты);
- 5) вызывают, как правило, побочные действия, которые практически неотделимы от лечебного эффекта (нейролептический синдром, синдром «ватных» ног и др.).

Необходимо отметить, что лечебное действие психофармакологических препаратов во многом зависит от дозы, причем в средних дозах в наибольшей степени проявляет себя весь антипсихотический спектр, характерный для данного лекарственного вещества. В малых дозах чаще всего превалируют только некоторые лечебные свойства, например стимулирующие; в этих дозах лекарство действует мягко, как правило, не обнаруживая побочных явлений. В больших дозах, наряду с максимальным антипсихотическим воздействием, выявляется эффект, обрывающий психоз, и часто имеют место выраженные побочные явления и осложнения. Поэтому для основных препаратов в данном пособии авторы указывают пределы малых, средних и больших доз.

В узком смысле все психофармакологические препараты лечебного характера подразделяют, в основном, на три группы: нейролептики, транквилизаторы и антидепрессанты. Кроме того, к психофармакологическим препаратам обычно относят психостимуляторы, ноотропы и некоторые другие средства.

НЕЙРОЛЕПТИКИ

Нейролептики – группа психотропных препаратов, в основе психофармакологического действия которых лежит свойство нейролепсии.

Нейролепсия характеризуется:

1. Угнетением двигательной активности больного.
2. Подавлением его идеаторной активности.
3. Угнетением эмоциональных реакций.

При этом функции сознания не нарушаются, качество интеллектуальной деятельности существенно не изменяется, отсутствует первичный снотворный и наркотический эффект.

Нередко все же наступающий при действии нейролептиков сон носит вторичный характер и является результатом воздействия перечисленных свойств нейролепсии.

Помимо перечисленных эффектов нейролептики обладают *соматотропным* (оказывают существенное влияние на обмен веществ, на иммунно-реактивную систему, функции печени, эндокринную систему и др.), *нейротропным* (явления нейролептического синдрома) и *вегетотропным* (изменение функций сердечно-сосудистой и некоторых других систем) действиями. Соматотропное, нейротропное и вегетотропное действия служат основой для возникновения соматических и неврологических побочных эффектов и ослож-

нений, наблюдающихся при применении нейролептиков.

Нейролептики обладают также дополнительными свойствами, а именно: потенцированием снотворных, наркотических, анальгетических, противосудорожных средств, гипотермическим, противорвотным эффектом, противовоспалительным и противомикробным действием. В основе патогенетических механизмов действия нейролептиков лежат центральные и периферические эффекты адренолитического характера, которые дополняются холинолитической, серотонинолитической и антигистаминной реакцией. Местом приложения влияния нейролептических препаратов на ЦНС являются ретикулярная формация и лимбическая система.

Если развернуть лечебный психофармакологический спектр нейролептиков, то можно выделить следующие их свойства:

1. Седативное действие, прямо связанное с нейролепсией.
2. Стимулирующее действие.
3. Антидепрессивное, или тимолептическое, действие.
4. Депрессирующее действие.
5. Общее антипсихотическое действие широкого и элективного (узкого, направленного на подавление определенного круга симптомов) профиля, связанное с симптоматическим эффектом.
6. Обрывающее психоз действие, связанное с патогенетическим эффектом.
7. Выраженность перечисленных свойств нейролептиков

во многом зависит от дозировок. Например, стимулирующий и антидепрессивный эффект более выражен при применении малых доз препаратов, при нарастающих дозировках он неуклонно убывает, зато нарастает седативное и депрессирующее действие.

Антипсихотическое действие проявляет себя при любых дозах, но направленность его также зависит от дозировки, уровень которой очень существенно сказывается на качестве симптоматического эффекта. Обрывающее психоз действие в наибольшей степени проявляет себя при использовании больших доз.

По характеру психофармакологического действия нейролептики можно разделить на две группы:

1. Нейролептики с широким спектром антипсихотического действия и выраженным седативным эффектом. В практике эти лекарственные средства называют препаратами группы аминазина по названию наиболее типичного в этой группе препарата.

2. Нейролептики с избирательным антипсихотическим действием и акцентированным стимулирующим эффектом. Наиболее типичным для этой группы является галоперидол, поэтому в практической деятельности данную группу именуют препаратами группы галоперидола.

Препараты первой группы подразделяются на подгруппы. Первая подгруппа – типичные препараты с выраженным, соответствующим первой группе, спектром действия.

Вторая подгруппа – «малые» нейролептики, с несколько суженным спектром действия, с умеренным, мягким седативным, стимулирующим и антидепрессивным эффектом.

К первой подгруппе относятся: аминазин, пропазин, тизерцин, хлорпротиксен, сординол; ко второй – сонапакс, терален.

Кроме того, в лекарственных средствах первой группы выделяют препараты, способные вызывать депрессивные переживания (аминазин, в меньшей степени пропазин); препараты, обладающие антидепрессивным действием (тизерцин, терален, сонапакс), и нейтральные по отношению к аффекту препараты (хлорпротиксен, сординол).

Группа препаратов с выраженным седативным действием и общими антипсихотическими свойствами

Аминазин, *Aminazinum* (хлорпромазин). Является наиболее типичным для первой группы препаратом. Применяется там, где симптоматика по содержанию полиморфна и требуется сильный, общий седативный эффект. Используется:

1. При всех видах психомоторного возбуждения (тревожном, галлюцинаторном, бредовом, кататоническом, маниакальном).
2. Для снятия аффекта эмоционального напряжения, аффекта злобы и ярости (менее эффективен при тревоге и страхе).
3. Для купирования агрессивного поведения.
4. Для подавления широкого спектра продуктивной психопатологической симптоматики (галлюцинаций, иллюзий, бреда и др.).
5. С целью упорядочения мыслительных процессов.

Однако аминазин не только не действует на ипохондрические состояния (за исключением тревожной ипохондрии), но и может усиливать их. Аминазин углубляет астенические, апатобулические, депрессивные (за исключением тревож-

но-депрессивных синдромов в рамках шизофрении) состояния.

На ступорозные синдромы действует неоднозначно. На люцидную кататонию практически не действует и может ее углублять. Однако в очень малых дозах (до 25 мг/сут) препарат в некоторых случаях способен дать положительный эффект.

Депрессивный ступор аминазин усиливает, однако способен положительно действовать на аффективные, галлюцинационные, бредовые, онейроидные, негативистические ступорозные состояния.

Аминазин, по-видимому в силу выраженного соматотропного действия, плохо переносят невротики, психопаты, лица пожилого возраста, соматически ослабленные, больные алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

По возможности следует избегать применять аминазин при инфекционных, соматогенных, интоксикационных, алкогольных (особенно при делирии) психозах, психотических состояниях у наркоманов, токсикоманов. Лучше в этих случаях использовать пропазин, осторожно (с учетом соматического состояния) тизерцин.

Нередко аминазин при его применении дает акинетический нейролептический синдром, а также может вызывать коллаптоидные состояния, токсические гепатиты, тромбофлебиты, аллергические явления, в том числе буллезные формы дерматитов, агранулоцитозы.

При длительном и массивном применении препарата возможны эндокринные нарушения (синдром Иценко – Кушинга, сахарный диабет, общее ожирение, снижение либидо, импотенция, нарушения менструального цикла).

Выпускается в таблетках по 25, 50 и 100 мг (в упаковке по 10 шт.) и в ампулах по 1, 2, 5, 10 мл 2,5 % раствора.

Малые дозы – до 100 мг/сут, средние терапевтические дозы – 200 – 300 мг/сут, большие дозы – до 500 мг/сут.

Пропазин, *Propazinum* (промазин, спарин, талофен). По спектру психофармакологического действия мало чем отличается от аминазина, однако не дает выраженных соматических и неврологических осложнений, но по силе действия уступает аминазину. Поэтому для получения примерно того же эффекта доза пропазина, по сравнению с аминазином, должна быть увеличена в 1,5 раза. Препарат используется в основном у лиц с соматическим неблагополучием, а также у больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями.

Выпускается в таблетках по 25 и 50 мг (в упаковке по 10 шт.) и в ампулах по 2 мл 2,5 % раствора.

Тизерцин, *Tisercin* (левомепромазин, нирван, нозинан, синоган). Хотя спектр психофармакологического действия препарата близок к аминазину, тем не менее он обладает рядом специфических свойств, ставящих его в особое положение. По сравнению с аминазином, тизерцин обладает более слабым обрывающим психоз действием. Препарат не вызывает, как аминазин, при его применении чувства апатии,

безразличия, эмоциональной индифферентности, обладает способностью вызывать состояние психической релаксации (внутреннего успокоения, расслабления), сопровождающейся одновременно мышечной релаксацией. Вследствие этого тизерцин хорошо снимает тревогу, страх, беспокойство. Тизерцин обладает некоторым антидепрессивным, стимулирующим («пробуждающим») и в то же время первичным снотворным действием.

В силу перечисленных особенностей тизерцин эффективнее, чем аминазин, при лечении реактивных состояний и психозов, онейроидных помрачений сознания. Прямо показан для купирования тревожных, тревожно-депрессивных, тревожно-ипохондрических состояний. Хорошо купирует моторный компонент маниакального синдрома.

Большим недостатком препарата является его способность быстро и резко снижать артериальное давление (АД), что нередко вызывает коллаптоидные состояния. Для предупреждения последних при введении тизерцина рекомендуют одновременно подкожные или внутримышечные инъекции кордиамина (1 – 2 мл).

Значительно меньше, по сравнению с аминазином, у тизерцина представлен соматотропный и нейротропный эффект.

Выпускается в таблетках по 25 мг (в упаковке по 10 шт.) и в ампулах по 1 мл 2,5 % раствора.

Малые дозы препарата – до 50 мг/сут, средние терапевти-

ческие дозы – 75 – 200 мг/сут, большие дозы – до 300 мг/сут.

Хлорпротиксен, *Chlorprothixen* (тарактан, труксал). По характеру лечебного действия очень близок к аминазину, однако редко дает соматические и неврологические осложнения. Хлорпротиксен оказывает эффективное воздействие как на аффекты астенического (тревога, страх), так и стенического характера (эмоциональное напряжение, аффекты злобы, раздражения, ярости, гневливости). Но все же на астенические аффективные состояния действует лучше. Другими словами, в определенной степени препарат сочетает в себе свойства тизерцина и аминазина. Предпочтительнее перед другими лекарственными средствами при терапии инфекционных, соматогенных психозов, пограничных состояний.

Выпускается в таблетках по 5, 15, 25, 50 мг (в упаковке по 30, 50, 100 шт.) и в ампулах по 1 мл 2,5 % раствора.

Малые дозы – до 150 мг/сут, средние терапевтические дозы – 200 – 400 мг/сут, большие дозы – до 800 мг/сут.

Сординол, *Sordinol* (клопентиксол, клопиксол, циатил, цисординол). Близок к хлорпротиксену, но обладает более сильным седативным действием и определенной тропностью к галлюцинаторно-параноидной симптоматике. По силе действия в этом направлении значительно уступает галоперидолу и трифтазину. В наркологии может использоваться в целях психокоррекции при алкоголизме и наркоманиях. Препарат не следует назначать в состоянии опьянения.

Дает более выраженные, по сравнению с хлорпротиксе- ном, неврологические осложнения вплоть до гиперкинетического нейрорептического синдрома.

Выпускается в таблетках по 2, 10, 25 мг (в упаковке по 50, 100 шт.).

Малые дозы – до 125 мг/сут, средние терапевтические дозы – 150 – 200 мг/сут, большие дозы – до 300 мг/сут.

Сонапакс, *Sonapax* (меллерил, тиодазин, тиоридазин, тиорил, тисон). Обладает мягким, без выраженной моторной и идеаторной заторможенности, седативным действием. Имеет определенные антитревожные свойства. Не вызывает сильных постсомнических явлений. Одновременно проявляет мягкое, без дисфорических наслоений, стимулирующее действие и легкий антидепрессивный эффект. Повышает уровень экстравертированности больных.

Показан при астенических, астенодепрессивных, ипохондрических состояниях различного происхождения. В определенной степени эффективен при навязчивостях и фобиях, проявляя при этом умеренно выраженный антитревожный эффект.

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.