

Психофармакотерапия психических и поведенческих расстройств в процессе медицинской реабилитации

Классификация психофармакологических 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:

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.

Табл. 1. Клиническая классификация психофармакологических препаратов

| Класс | Подгруппа | Препараты |
|------------------------------------|--|---|
| Психолептики | | |
| I. Нейролептики | А. С преимущественно седативным действием | Хлорпромазин(аминазин), левомепромазин, хлорпротиксен, перициазин, промазин и др. |
| | Б. С мощным антипсихотическим (инцизивным) действием | Типроперазин, зуклопентикол, трифлуоперадол, дроперидол и др. |
| | В. С преимущественно стимулирующим (дезингибирующим) действием | Сульпирид, амисульприд, карбидин, пимозид и др. |
| | Г. Атипичные антипсихотики | Клозапин, кветиапин, оланзапин, рисперидон, сертиндол. |
| II. Анксиолитики (транквилизаторы) | | Бензодиазепины: диазепам, нитразепам, медазепам, феназепам; гидроксизин, буспирон и др. |

Табл. 1. Клиническая классификация психофармакологических препаратов

| Класс | Подгруппа | Препараты |
|---|--|---|
| Психолептики | | |
| I. Антидепрессанты/ тимоаналептики | A. С преимущественно седативным действием | Тримипрамин, доксепин, amitриптилин, тразодон, миансерин, мirtазапин, флувоксамин и др. |
| | Б. Сбалансированного действием | Мапротиллин, досулепин, пиразидол, кломипрамин, сертралин, пароксетин и др. |
| | В. С преимущественно стимулирующим действием | Ингибиторы MAO ребокситин, флуоксетин, дезипрамин, милнаипрам. |
| II. Психостимуляторы /психотоники | | Амфетамины, сиднонимины, меридил и др. |
| III. Нейрометаболические стимуляторы (ноотропы) | A. С седативными свойствами | Фенибут (ноофен), пикамилон, пантогам, мексидил. |

Табл. 1. Клиническая классификация психофармакологических препаратов

| Класс | Подгруппа | Препараты |
|----------------------------|-----------|--|
| Психолептики | | |
| Псизодизлептики | | Амид лизергиновой кислоты, псилоцибинг мескалин и др. |
| Тимоизолептики/нормотимики | | Соли лития, соли вальпроевой кислоты, карбамазепин, дамотриджин. |

Основные принципы психотерапии

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 психотерапии.

1. • Постоянное уточнение психического состояния пациента.
2. • Психотерапия сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления.
3. • Длительность лечения и время его начала определяется стадией болезни (например, острая фаза, обострение, рецидив).
4. • При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска негативных последствий терапии.

5. • 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.

6. • Очень важно, чтобы терапия была направлена на определенные, ключевые для данного психопатологического состояния симптомы и сопровождалась оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения.

7. • 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.

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 галлюцинозно – параноидные расстройства: аминазин – трифтазин – галоперидол;
- 4) антипсихотическое действие со стимулирующим компонентом: метеразин – этаперазин – френолон.

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

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Седативные антипсихотики | Левомепромазин, хлорпромазин, промазин, хлорпротиксен, серициазин |
| 2 | Инцизивные (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; выраженная 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

Старое и новое: сравнение эффективности I и II поколения антипсихотиков

- Общая эффективность амисульприда, клозапина, оланзапина и рисперидона является более высокой по отношению к антипсихотикам I поколения.
- Атипичные антипсихотики на 25–33 % более эффективны при позитивных симптомах шизофрении, чем типичные нейролептики.
- Атипичные антипсихотики на 66–75 % оказывают больший клинический эффект при симптомах, не поддающихся лечению типичных антипсихотиков, например, при негативных симптомах, нарушении мышления и депрессии.
- Амисульприд наполовину сокращает процент рецидива при шизофрении, в сравнении с типичными антипсихотиками.
- Различия новых антипсихотиков особенно заметны в отсутствии побочных эффектов, в возвращении социальных функций, лучшей эффективности при негативных симптомах, расстройствах мышления и аффективных симптомах.
- Хорошая эффективность антипсихотиков нового поколения позволяет многим пациентам с шизофренией в значительной степени жить нормальной жизнью.

Табл. 3. Новые антипсихотические препараты

| Препарат | Тип рецепторов (в порядке снижения степени сродства) | Рекомендуемые дозы (мг/сут) в скобках указаны терапевтически оправ- данные дозы в отдельных случаях |
|-------------|--|---|
| Амисульприд | D | 300-800 (50-1200) |
| Клозапин | 5HT, D, α , M, H | 200-450 (50-900) |
| Оланзапин | 5HT, D, α , M, H | 10 (5-20) |
| Кветиапин | H, 5HT, , α , D | 150-750 |
| Рisperидон | 5HT, D, α , H | 4-6 (1-16) |
| Сертиндол | 5HT, D, α | 12-20 (4-24) |
| Зипразидон | 5HT, D | 40-160 |
| Зотепин | 5HT, D, α , H, M | 100-300 (50-450) |









