

НКАО МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ Г. СЕМЕЙ
КАФЕДРА: ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ И НЕВРОЛОГИИ
ДИСЦИПЛИНА: ПСИХИАТРИЯ

СРС
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ С
ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ
МЕДИЦИНЫ

Проверила: Докенова С.В
Подготовил :Ахметов Д 501 гр
ОМ

ВВЕДЕНИЕ:

- **ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЯ**

- КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕБНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПСИХИКУ ЧЕЛОВЕКА ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ПРИ МНОГИХ ПСИХИЧЕСКИХ, НЕРВНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, ОНА ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА КОРРЕКЦИЮ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ И В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ НАПРЯЖЕНИЕ, УТОМЛЕНИЕ, АДАПТАЦИЯ К ДЕЙСТВИЮ РАЗЛИЧНЫХ ПО СВОЕЙ ПРИРОДЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ФАКТОРОВ, ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ПСИХОЛОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ПОСЛЕДСТВИЙ В БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ ПОСЛЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ). Основные задачи П.: БЫСТРЕЙШЕЕ КУПИРОВАНИЕ ОСТРОЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ; ПОЛНОЕ УСТРАНЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ (ДОЛЕЧИВАНИЕ) И СТАБИЛИЗАЦИЯ СОСТОЯНИЯ; ВОССТАНОВЛЕНИЕ ИСХОДНОГО, ПРЕЖНЕГО УРОВНЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ, СОЦИАЛЬНОЙ И ТРУДОВОЙ АДАПТАЦИИ (ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ); ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ИЛИ СНИЖЕНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЛОЖНЫХ УСЛОВИЯХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОБОСТРЕНИЯ РАННЕЕ ВЫЯВЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ВАРИАНТЫ

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

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

■ Психотерапия

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

■ Социальная реабилитация

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

**Электро-
судорожная
терапия (ЭСТ)**

**Основные
показания:**

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



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

Показания: терапевтически резистентная шизофрения.

- **ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ УДАЛЕНИЕ ИЛИ РАЗРУШЕНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОВОДЯЩИХ НЕРВНЫХ ПУТЕЙ В ЦЕЛЯХ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПСИХИКУ БОЛЬНОГО (ВОЗ, 1976)**

ЛОБОТОМИЯ

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

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

ПОБОЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ

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

ПОКАЗАНИЯ:

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

СТЕРЕОТАКСИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ НА ГМ

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

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

ПОКАЗАНИЯ:

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

ПСИХОТРОПНЫЕ (психофармакологические) СРЕДСТВА

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



АНТИПСИХОТИКИ

- **Основное действие – антипсихотическое (редукция бреда и галлюцинаций)**

Ранее назывались также «большими транквилизаторами» (major tranquilizers), или «атарактиками» (ataractics), по причине вызываемого ими выраженного седативного, снотворного и транквилизирующе-противотревожного эффекта и специфического состояния безразличия к внешним стимулам («атараксии»).

Самый первый нейролептик — хлорпромазин (аминазин), который синтезировался как антигистаминный препарат в 1950; его эффективность была обнаружена в 1952 году.

После описания двигательных (экстрапирамидных, ЭПС) побочных эффектов хлорпромазина, препараты этой группы стали называть нейролептики (греч. neuron – нерв, leptikos – способный взять).

- **Основной механизм действия всех антипсихотиков – блокада постсинаптических дофаминовых рецепторов.**

А. Традиционные антипсихотики (нейролептики)

1) Преимущественно с седативным действием

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

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

Тизерцин

2) Преимущественно с антипсихотическим действием

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

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

3) "Малые" антипсихотики

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

Сульпирид (эглонил)

Тиоридазин (сонапакс) – табл по 10 и 25мг

Тиапридал (тиаприд) – табл по 100 мг

Б. Атипичные антипсихотики

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

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

Рisperидон (рисполепт, сперидан)

Оланзапин (зипрекса)

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

Преимущества перед таблетированными формами:

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

Препараты:

Галоперидол-деcanoат

Клопиксол-депо

Рисполепт-конста

Связанные с блокадой дофаминовых рецепторов

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

НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНТИПСИХОТИКОВ

АКАТИЗИЯ

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

- НЕПРИЯТНОЕ ЧУВСТВО ВНУТРЕННЕГО ДИСКОМФОРТА, ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ В НЕУСИДЧИВОСТИ, НЕВОЗМОЖНОСТИ ОСТАВАТЬСЯ НА МЕСТЕ.

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

ЛЕЧЕНИЕ:

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

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

- тимолептическое действие (thymoleptica; др.-греч. θυμός «душа, настроение» + ληπτικός «вбирающий, втягивающий»).
- блокада распада моноаминов (серотонина, норадреналина, дофамина, фенилэтиламина и др.) под действием моноаминоксидаз (MAO) или блокада обратного нейронального захвата моноаминов.
- снижение стрессовой гиперреактивности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы.
- некоторые антидепрессанты являются антагонистами NMDA-рецепторов, уменьшая нежелательное при депрессии токсическое влияние глутамата.
- некоторые антидепрессанты снижают концентрацию вещества P в центральной нервной системе.

АНТИДЕПРЕССАНТЫ: ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ

АНТИДЕПРЕССАНТЫ

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

Тоскливые и тревожные депрессии

- предпочтительно назначение седативных или сбалансированных антидепрессантов

Тяжелые депрессии

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

Апатические депрессии

- стимулирующие (при отсутствии риска суицида)

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

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

АНТИДЕПРЕССАНТЫ: ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ

Для антидепрессантов
любых групп

- тремор,
- головные боли

Для
**трициклических
антидепрессантов**

- при передозировке
ВОЗМОЖНО
возникновение
делирия
(холинолитические
эффекты)

ЦНС

**Для седативных
антидепрессантов:**

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

Для стимулирующих:

- бессонница,
- тревога,
- суицидные мысли.

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ



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

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

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

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: классификация

ХИМИЧЕСКАЯ

Бензодиазепиновые транквилизаторы:

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

Диазепам (Седуксен, Реланиум, Сибазон),

Феназепам, хлордиазепоксид (Элениум),

Тофизопам (Грандаксин),

Лоразепам (Лорафен),

Оксазепам (Нозепам, Тазепам),

Нитразепам (Радедорм),

Алпразолам (Ксанакс),

Клоназепам (Антелепсин)

Препараты других химических групп:

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

Бенактизин (Амизил; центральный Н-холоноблокатор)

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: показания

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

ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ: побочные эффекты

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

НОРМОТИМИКИ (Стабилизаторны настроения)

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

- противорецидивное действие в отношении аффективных фаз,

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

- снижают интенсивность патологического влечения к ПАВ

ПСИХОСТИМУЛЯТОРЫ

Улучшают медиаторную передачу в синапсах

Стимулируют деятельность
ЦНС

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

Улучшают способность
концентрации внимания

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

НООТРОПЫ

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

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

НООТРОПЫ: механизмы действия

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

ПРЕПАРАТЫ:

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

Глицин (аминокислота, с нейромедиаторной активностью)

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

Пиритинол (Энцефабол, имеет антидепрессивные свойства)

Семакс (синтетический аналог фрагмента АКТГ)

препараты растения Гинго-Билоба и пр.

НООТРОПЫ: клинические эффекты

(Нисс А.А. 1984)

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

НООТРОПЫ: показания

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

В детской практике:

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

Побочные эффекты:

- нарушения сна,
- тревога

ПСИХОТЕРАПИЯ

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

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ МЕТОДОВ

I КЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

СУГГЕСТИВНЫЕ

Суггестия
Гипнотерапия
Самовнушение
Эмоционально-стрессовая
Плацебо-терапия

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ПСИХОАНАЛИЗ

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ

II КЛАССИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

Заключение:

Итак, психофармакотерапия — компонент длительного, многоступенчатого и разностороннего процесса реабилитации. В части случаев и на некоторых этапах применение психофармакотерапии практически исчерпывает комплекс необходимых воздействий. Примером тому является специально описанная методика интенсивной терапии, наиболее адекватная острым дебютам эндогенных приступов. В других — психофармакотерапия занимает второстепенное, даже в известной мере подчиненное положение, как, например, на этапе становления и дозревания ремиссии. Можно даже сказать, что одним из основных принципов этого этапа, которым следует руководствоваться при разработке лекарственного режима, является максимально возможное устранение фармакологических барьеров на пути влияния психосоциальных воздействий, оптимизация психотерапевтического взаимодействия между врачом и больным.

Список литературы:

Пособие по практической психиатрии клиники Модсли. Под. Ред. Д. Голдберга. К.: Сфера, 2000

Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера. Пер. с англ. — М.: Практика, 1998.

Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов. Под ред. В.П. Самохвалова. — Ростов н/Д: Феникс, 2002

Сарториус Н. Понимание МКБ-10. К.: Сфера, 2002

Соммерз-Фланаган Д., Соммерз-Фланаган Р. Клиническое интервьюирование. М.: Вильямс, 2006

Таунсенд М.С. Сестринские диагнозы в психиатрической практике. Киев: Сфера, 1998

Телле Р. Психиатрия. Мн.: Выш. шк., 1999

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ