

УДК: 616.89

Психотропные препараты в терапевтической практике

В.А. Вербенко, Н.В. Вербенко

Крымский Государственный Медицинский Университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: психотропные препараты, лечение, внутренние болезни

Деление лекарственных средств на психотропные и соматотропные весьма условно, так как многие соматотропные препараты обладают центральным действием, а психотропные влияют на работу сердца, деятельность кишечника, желчевыводящих путей и т.п. В истории психофармакологии хорошо известны случаи, когда побочные эффекты соматотропных препаратов оказывались чрезвычайно полезны в лечении психических расстройств. Например, аминазин вначале использовался как глистогонное и гипотензивное средство, а способность фтивазида повышать настроение, была использована при создании трициклических антидепрессантов.

Современная медицина постепенно возвращается к целостному пониманию патологии — не на уровне отдельного органа, а организма в целом, в единстве психических и соматических процессов. Большое внимание уделяется изучению сомато-психических и психосоматических взаимодействий в патогенезе многих заболеваний.

Мы убеждены в том, что рациональное использование психотропных препаратов в комплексной терапии соматических заболеваний значительно расширяет лечебные возможности врачей. Обилие информации о последних достижениях психофармакологии требует от практического врача не только постоянного освоения новой информации, например знание нейрохимии мозга, нейротрансмиттерных систем, но и изменения диагностических подходов к различным заболеваниям.

Основной целью данной публикации является формирование целостного представления о психотропных средствах, их возможностях и условиях эффективного и безопасного использования в лечении различных групп соматических пациентов.

Итак, **психотропные средства** (т.е. средства, влияющие на психические функции) действуют, изменяя системы нейромедиаторов, передающих нервные импульсы с окончания одного нейрона на другой через синаптическую щель. К ним относятся норадре-

налин, дофамин, серотонин (5-НТ), ацетилхолин, гамма-аминомасляная кислота (ГАМК), гистамин, опиоидные пептиды (эндорфины, динорфины, энкефалины), простагландины.

Понятие «*psychopharmacology*» впервые использовалось богословом Lorichius (1548). Однако, только в 1920 году Macht дал определение психофармакологии, как науки изучающей действие веществ на центральную нервную систему.

Существуют химические, нейрофизиологические, фармакологические классификации психотропных веществ. В психиатрии наиболее приемлемы - клиническая классификация, предложенная Delay (1976) и классификация ВОЗ (1969). Согласно последней все психотропные средства подразделяются на семь классов:

1. Антипсихотики (нейролептики).
2. Транквилизаторы / анксиолитики (от anxiety - тревога)
3. Антидепрессанты
4. Нормотимики
5. Ноотропы / ноэтики

6. Психостимуляторы

7. Психодизлептики / галлюциногены

Психодизлептические средства не используются в клинической практике.

Большинство психотропных препаратов обладают перекрестным действием, так нейролептики в небольших дозах используются как транквилизаторы, антидепрессанты обладают анксиолитическим и стимулирующим эффектом, ноотропы - стимулирующими или транквилизирующими свойствами.

Антипсихотики независимо от особенностей химической структуры и механизма действия обнаруживают сходные клинические свойства: снижают психомоторную активность, снимают психомоторное возбуждение, оказывают антипсихотическое действие.

Препараты этого класса занимают центральное место в терапии психозов различной этиологии. В общемедицинской практике антипсихотики используются чаще для купирования соматогенных психозов (делирий, галлюциноз); лечения нозогенных реакций (бред «приписанной болезни», сутяжных, сенситивных реакций); лечения хронического болевого расстройства (идиопатических алгий).

Как одно из средств комбинированной терапии антипсихотики используются при лечении личностных расстройств с наличием взрывчатости, брутальности, аномалий влечений, параноических и сутяжных реакций. Наиболее востребованным в соматической практике является **Сульпирид (эглонил)**. Клинически он характеризуется как препарат с «регулирующим» влиянием на ЦНС. Психотропные свойства включают антипсихотическое, тимоаналептическое, снотворное, антипаркинсоническое, транквилизирующее и стимулирующее действие. Сульпирид является специфичным дофаминовым D2 антагонистом. Применяется для купирования тревожных, тревожно-депрессивных, обсессивно-фобических, ипохондрических состояний; психических расстройств, сопровождающихся вялостью, заторможенностью, апатией и адинамией. Как активизирующее средство используется при апато-абулических состояниях. Обычно хорошо переносится. Могут наблюдаться пирамидные расстройства, возбуждение, нарушения сна, повышение артериального давления, нарушения гормональной регуляции. Сульпирид обладает способностью тормозить двигательную активность желудка и способствует открытию привратника, оказывает выраженный противорвотный эффект.

Сульпирид широко используется в гастроэнтерологии. Препарат способствует заживлению язвенного дефекта, нормализует микроциркуляцию слизистых желудка и двенадцатиперстной кишки, оказывает антиэметическое действие, более выраженное, чем у классических блокаторов дофаминовых рецепторов центрального механизма действия (метоклопрамид), способствует опорожнению желчного пузыря (поскольку снимает спазм сфинктера Одди).

Основные показания для использования сульпирида в гастроэнтерологии:

- Синдром раздраженной толстой кишки (СРТК)
- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки
- Панкреатиты
- Дисфункции желчевыводящих путей, в том числе сочетающиеся с соматогенными невротами и пограничными психическими расстройствами.

Рекомендуемый способ применения: Начало лечения - 100 мг в сутки парентерально, при необходимости, в условиях стационара - 100 мг 2 раза в сутки парентерально. Через 10-12 дней следует перевести больного на суточную дозу 50 мг 2 раза в сутки в капсулах. При легком течении язвенной

болезни, панкреатите и других гастроэнтерологических заболеваниях 50 мг 2 раза в сутки в капсулах.

Транквилизаторы (анксиолитики) - психотропные средства, купирующие тревогу, эмоциональную напряженность, страх непсихотического происхождения. В общемедицинской практике препараты этого класса показаны при соматоформных расстройствах в форме органических невротозов: кардио- и ангионевротозов, синдрома гипервентиляции, синдрома «раздраженного желудка», «раздраженной толстой кишки». В качестве дополнительного средства в первую неделю терапии они используются при психосоматических заболеваниях: эмоциональной стенокардии, психогенно спровоцированных приступах бронхиальной астмы или обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки; при неврологических заболеваниях (дегенеративных, сосудистых, нейроинфекционных, травматических), протекающих с подкорковыми синдромами и преобладанием двигательных расстройств; при соматической патологии (синусовой тахикардии при органических поражениях сердечно-сосудистой системы); в анестезиологии и реаниматологии.

К наиболее частым нежелательным эффектам транквилизаторов относятся явления «поведенческой токсичности»: вялости, сонливости в дневные часы, миорелаксации, нарушений внимания и координации движений.

Классификация транквилизаторов

Выделяют препараты преимущественно с гипнотическим (снотворным) и анксиолитическим (антитревожным) действием (Fleming, Shapiro, 1992). (Табл. 1.)

Бензодиазепиновые транквилизаторы обладают снотворным, седативным, анксиолитическим,

Таблица 1.

Бензодиазепиновые транквилизаторы	
Гипнотики	Анксиолитики
Флуразепам, Нитразепам	Диазепам
Темазепам	Клоназепам
Триазолам	Альпрозолам
Радедорм	Лоразепам
Квазепам	Оксазепам
Мидазолам	Хлоразепат
Эстазолам	Бромазепам
Небензодиазепиновые препараты	
Зопиклон	Мепробомат
Этинамат	Гидроксизин
Золпидем	Буспирон
Доксиламин	Бромокриптин

противосудорожным и центральным миорелаксирующим действием. Бензодиазепины отличаются друг от друга мощностью, скоростью инактивирования и выделения из организма. Однако эти препараты привлекают повышенное внимание в связи с возможным формированием зависимости. Истинная физическая зависимость от бензодиазепиновых транквилизаторов, при употреблении в терапевтических дозах развивается редко, особенно при длительности приема менее 1 месяца. По мнению Р. Шейдера с соавт. (1998) формирование зависимости при приеме терапевтических доз бензодиазепинов - идиосинкразия. Она наблюдается чаще в случаях сочетанного злоупотребления алкоголем или транквилизаторами (снотворными) больным или его родственниками.

Физическая зависимость и абстинентный синдром свидетельствуют о том, что больной принимал препараты в дозе выше терапевтической как минимум в 2-3-раза.

Ведущими симптомами бензодиазепиновой абстиненции являются: тревога, дисфория, онемение конечностей, непереносимость яркого света и громких звуков, тошнота, потливость, мышечные подергивания или судороги.

Правила назначения бензодиазепиновых транквилизаторов

(Р. Baumann, С. Calanca, 1998):

- Тщательный отбор пациентов.
- Бензодиазепины не назначают молодым пациентам.
- Рекомендованное начало терапии с максимально малых дозировок.
- Прекращение терапии бензодиазепинами, при отсутствии эффекта в течение недели.
- При панических атаках, фобических расстройствах предпочтительно использовать антидепрессанты. При вегетативных симптомах наиболее рекомендованы бета-адреноблокаторы.
- Рецепт на препараты данной группы необходимо выписывать на ограниченный период времени.
- Пожилым и соматически ослабленным больным назначаются препараты без активных метаболитов.
- Рекомендуется соблюдать осторожность с пациентами, склонными к зависимости.
- Необходимо постоянное наблюдение за больными, получающими бензодиазепины.

Новые небензодиазепиновые препараты

во многом лишены недостатков бензодиазепинов.

Золпидем (Ивадал) Небензодиазепиновый препарат 4 поколения, класса имидазопиридинов. Не вызывает мышечную релаксацию, не обладает анксиолитическим и противосудорожным действием, быстро всасывается за 2,5ч. и связывается с белками плазмы. Препарат короткого периода полувыведения (2-3-ч). Мало влияет на архитектуру сна. Метаболиты неактивны. Не вызывает усиление сонливости в дневное время, не вызывает возобновление бессонницы. Эффективен при приеме до 6 мес. Побочные эффекты: Может нарушать познавательные функции. Наблюдались невыраженные признаки синдрома отмены.

Зопиклон (Имован) Представитель нового класса химических соединений - циклопирролонов. В отличие от бензодиазепинов связывается только с центральными рецепторами и не обладает сродством к периферическим бензодиазепиновым рецепторам. Хорошо всасывается, быстро вызывает сон, длящийся до 6-8 часов с сохранением нормальной фазовой архитектуры сна. Короткого периода полувыведения (3,5-6 ч.). Метаболиты не кумулируются в организме. Не вызывает повышения толерантности, синдрома отмены. Средняя доза 7,5 мг непосредственно перед сном. В ряде случаев целесообразно индивидуально подбирать оптимальную дозировку, начиная с 1 таблетки.

Буспирон (Бушпар) - производное азапиринов. Обладает клиническими свойствами транквилизатора и антидепрессанта. В большей степени нормализует нейронную передачу серотонина. Спектр клинической активности: противотревожный, противосудорожный и выраженный седативный. Не вызывает вялости, разбитости, не нарушает память, когнитивные и психомоторные функции, не взаимодействует с алкоголем. Отсутствуют качества для злоупотребления препаратом, нет растормаживающего действия.

Доксиламин (Донормил). Снотворное средство класса этаноламинов, блокаторов гистаминовых рецепторов H1, с седативным и M-холиноблокирующим свойствами.

Укорачивает время засыпания, повышает длительность и качество сна, не влияя на фазы сна. Существуют растворимые и не растворимые делимые таблетки по 15 мг.

Побочные симптомы связаны с холиноблокирующим действием препарата: Сухость во рту, нарушения аккомодации, запоры, нарушения мочеиспускания.

Для всех больных, принимавших бензодиазепины более 3-4-мес, особенно в случае использо-

вания препаратов короткого действия обязательна постепенная отмена препарата.

Антидепрессанты

- психотропные средства, нормализующие патологически измененный депрессивный фон настроения, способствуют редукции обусловленных депрессией когнитивных, двигательных и соматовегетативных проявлений. Некоторые антидепрессанты повышают порог болевой чувствительности и в связи с этим используются при лечении различных алгий (например, головных болей напряжения). Препараты данного класса оказывают профилактическое противомигренозное действие и способствуют купированию вегетативных кризов у лиц, не страдающих депрессивными расстройствами.

Незначительный спектр побочных свойств и возможность однократного применения в течение суток позволяет значительно расширить круг больных, которым показано лечение антидепрессантами

Показания для назначения антидепрессантов

1. **Аффективные** - депрессивные, биполярные, дистимические расстройства.

2. **Смешанные** тревожно-депрессивные расстройства, атипичные, сезонные депрессии.

3. Другие **эмоциональные расстройства**:

- Деменция при болезни Альцгеймера с сопутствующей депрессивной симптоматикой.

- Сосудистые деменции с депрессивными симптомами.

- Предменструальный синдром с дисфориями.

- Послеродовые эмоциональные расстройства.

- Расстройство адаптации с депрессивными симптомами.

- Реакции на утрату.

4. Неаффективные и соматические расстройства:

- Расстройства сна (бессонница, сомнамбулизм, ночные страхи, ночное апное, нарколепсия, функциональный энурез).

- Тревожно-фобические расстройства (фобические, панические, обсессивно-компульсивные, генерализованное тревожное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство).

- Расстройства приема пищи (булимия, анорексия).

- Расстройства с дефицитом внимания и нарушением поведения.

- Некоторые сексуальные расстройства.

- Расстройства, связанные с злоупотреблением психоактивными веществами, кокаином.

- Болевые синдромы (головные боли напряжения, боли в костях, болевой синдром при метастазах, хронический болевой синдром).

- Желудочно-кишечные расстройства (синдром недостаточной абсорбции, синдром раздраженного кишечника).

- Расстройства урогенитальной сферы.

- Расстройства сердечно-сосудистой системы и аритмии.

- Умеренная иммунная дисфункция.

- Некоторые дерматологические заболевания.

- Субклинический гипотиреозидизм.

- Нераспознанные злокачественные новообразования.

5. В суицидологии.

Классификация антидепрессантов

Основана на влиянии препаратов данного класса на нейротрансмиттерные системы, вовлеченные в патофизиологический механизм депрессивного расстройства.

Выделяют антидепрессанты неселективного и селективного (избирательного) действия.

1. **Неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина - трициклические антидепрессанты (ТЦА).** /Амитриптилин, кломипрамин, дезипрамин, доксепин, имипрамин, нортриптилин, протриптилин, тримипрамин и др./.

2. **Гетероциклические антидепрессанты.** /Мапротелин, тразодон, миансерин/.

3. **Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС).** /Флуоксетин, серталилин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам/.

4. **Норадренергические и специфические серотонинэргические антидепрессанты (НаССА).** /Миртазапин/.

5. **Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО).** /Ниламид, траанилципромин, изокарбоксазид/.

6. **Обратимые ИМАО-А.** /Моклобемид, фенелзин, пипразидол, тетриндол, инказан, бифол/.

7. **Антидепрессанты с другим механизмом действия.** /Венлафаксин, тianeптин, бупропион, адеметионин, нефазадон, буспирон, бромкриптин, гиперецин/.

Принципы лечения антидепрессантами:

1. Условия, (амбулаторные, полустационар, стационар).

2. Установка на лечение и соблюдение режима приема.

3. Плацебо назначения (влияние внешних и внутренних факторов среды, спонтанное выздоровление с течением времени, суггестивный эффект плацебо).

4. Адекватность лечения.

5. Целесообразность сочетанного лечения, преодоление резистентности.

6. Поддерживающее лечение.

7. Профилактическое лечение.

Выбор антидепрессанта должен производиться с учетом

следующих факторов:

1. Предпочтительность моно-терапии.

2. Безопасность и переносимость, влияние побочных действий на образ жизни.

3. Спектр действия препарата.

4. Удобство применения и учет оптимальной для пациента дозы.

5. Уверенность в целесообразности назначений.

6. Стоимость препарата.

7. Наличие сопутствующей симптоматики психотического уровня и суицидальной активности.

8. Пол, возраст, соматическая патология, предпочтения пациента.

9. Предыдущий негативный или позитивный опыт лечения пациента антидепрессантами.

10. Опыт работы врача с различными антидепрессантами.

При первичном выборе препарата полезно учитывать положительный опыт лечения препаратами выбранной группы родственников пациента.

При преобладании бессонницы и ажитации рекомендуются препараты с седативным действием.

Больным пожилого возраста, и с сопутствующей соматической патологией, показаны антидепрессанты без антихолинэстеразного эффекта.

В соматической практике наиболее предпочтительны препараты следующих химических групп:

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Циталопрам (Ципрамила) - *in vitro* является «стандартом селективности» среди СИОЗС. Не имеет способности связываться с гистаминовыми, мускариновыми, адренергическими рецепторами. Отсутствуют кардиотоксичность, ортостатическая гипотензия, седация. В очень малой степени ингибирует цитохром P 450 2D6. Не

снижает когнитивные способности и психомоторные реакции. Является препаратом выбора для поддерживающего и профилактического лечения депрессий. По скорости наступления терапевтического эффекта превосходит другие СИОЗС, не токсичен.

Доза 20-40 мг/сут на один прием. Отсутствие кардиотоксичности и ортостатического эффекта, свойственных трициклическим антидепрессантам и высокий терапевтический индекс делают его препаратом первого выбора при назначении соматически ослабленным и пожилым больным. Стабильность терапевтически эффективной дозировки 20 мг/сутки практически снимает вопрос о необходимости индивидуального подбора дозировки, что весьма удобно для врача общего профиля.

Преимуществом ципрамила при назначении работающим пациентам является отсутствие седативного эффекта и психостимулирующее действие. Следует подчеркнуть, что стимулирующий эффект препарата не усиливает тревогу у пациентов с тревожно-депрессивной симптоматикой.

Сертралин (Стимулотон) является мощным селективным ингибитором обратного захвата серотонина, не вызывает блокады мускариновых, серотониновых, адренергических и ГАМК-рецепторов. Обладает отчетливым тимоаналептическим действием со слабым седативным компонентом. Эффективен при тревожных депрессиях с нарушениями сна; соматизированных, атипичных депрессиях с булимией и увеличением массы тела; при обсессивно-фобических расстройствах, панических приступах, алгической симптоматике.

Терапевтический диапазон от 25 до 100 мг/сут.

Пароксетин (Паксил) - является одним из самых мощных среди СИОЗС. Оказывает тимоаналептическое, анксиолитическое, стимулирующее действие.

Редукция симптоматики наступает со 2 недели лечения, не вызывает гиперстимуляции, ажитации, нарушений сна. Показан при болевом синдроме, состояниях с преобладанием выраженной тревоги, безопасен у больных пожилого возраста, широко применяется кардиологами в терапии больных с ИБС, перенесших инфаркт.

Терапевтический диапазон 10-60 мг/сут. Оптимальной дозой является 20 мг в сут. однократно. Данный препарат не рекомендуется назначать при заболеваниях печени и почек, в период декомпенсации, а так же при беременности и лактации.

Флуоксетин (Прозак, Проледеп) полностью лишен антигистаминного, холинолитического и адренергического эффектов. Обладает отчетливым тимоаналептическим действием с преимущественно стимулирующим компонентом, особенно эффективен при обсессивно-фобической симптоматике. Применяется при депрессиях невротического уровня, в том числе соматизированных и дистимических нарушениях, неглубоких эндогенных депрессиях с заторможенностью. Показан также при синдроме предменструального напряжения, личностной патологии, сопровождающейся чрезмерной раздражительностью и агрессивностью, при синдроме гиперактивности с дефицитом внимания (СДВГ). При применении флуоксетина редукция симптоматики развивается гармонично. Клинический эффект возникает с 1-4-недели терапии, а у некоторых больных через 8-12 недель лечения.

Побочные эффекты могут включать диспептические расстройства, аллергические реакции, половую дисфункцию. Флуоксетин является мощным ингибитором активности ферментов цитохромов P450 2D6, P 450 3A4 и может увеличивать период полувыведения всех, метаболизирующихся через них, лекарственных веществ.

Применяется 1 раз в или 1 раз в 2-3- дня (период полувыведения 36-72 ч.) в средних дозах 20-40 мг утром вместе с пищей. При булемии рекомендуется прием 20мг - 3 раза в день.

Норадренергические и специфические серотонинэргические антидепрессанты (NaSSA)

Миртазапин (Ремерон) подобно классическим антидепрессантам, обладает двойным сочетанным воздействием на норадренергическую и серотонинэргическую трансмиссию со слабым влиянием на холинэргическую систему и альфа-1 адренорецепторы (это лежит в основе его хорошей переносимости). Ремерон является первым антидепрессантом с новым механизмом действия: норадренергическим и специфическим серотонинэргическим (NaSSA). Усиление серотонинэргической нейротрансмиссии доостигается «рецепторно-специфическим» действием препарата - стимуляцией 5HT1 рецепторов и специфической блокадой 5HT2 и 5HT3 рецепторов. Не вызывает дополнительного высвобождения норадреналина. Обладает выраженным тимоаналептическим действием с седативным компонентом, без антихолинэстеразных эффектов. Безопасен при передозировках. Показания к применению: депрессивные расстройства разной степени выраженности; хронические расстройства настроения; соматоформные расстройства; нарушения сна. Применим при сопутствующей соматической патологии и в пожилом возрасте. Побочные эффекты: седация в дневное время, повышение аппетита и веса тела, преходящая гипотензия, повышение печеночных трансаминаз в первые недели приема. Терапевтический диапазон 15-60 мг/сут на однократный прием в вечернее время. Для лечения расстройств сна используется в дози-

ровке 7,5 мг — однократно в вечернее время.

Тианептин (Коаксил) относится к группе антидепрессантов с недостаточно известным механизмом действия. В отличие от других антидепрессантов облегчает обратный захват серотонина пресинаптической мембраной и практически не оказывает влияния на норадренергическую и дофаминергическую системы. Коаксил является единственным антидепрессантом, повышающим обратный захват серотонина.

Коаксил также способен повышать уровень возбуждения пирамидальных клеток СА1 гиппокампа и подавлять связанную со стрессом гиперактивность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, защищать гиппокамп от прямого и кумулятивного влияния стрессового воздействия. По спектру психотропной активности обладает специфическим анксиолитическим действием без седации и эффективно воздействует на все проявления депрессии, включая астению, тревогу, психосоматические расстройства. Показан при смешанных тревожных и депрессивных состояниях; в период менопаузы; при алкогольной депрессии и тревоге, снижает алкогольную мотивацию. В отличие от большинства классических трициклических антидепрессантов не оказывает влияния на внимание, память, когнитивные функции. Может назначаться длительно даже большим после перенесенного нарушения мозгового кровообращения. Побочные явления редки и носят быстропроходящий характер. К ним относятся гастралгии, головные боли, сухость во рту, ощущение жара, мышечные боли. Средняя доза 37,5 мг/сут на 3 приема.

Бупропион (Вельбутрин) избирательно изменяет активность постсинаптических бета-норадренергических рецепторов, т.е. обладает большим воздействием на катехоламинергическую систему. Препарат обладает мощным стимули-

рующим действием, по эффективности сходным с действием психостимуляторов. Оказывает незначительное антихолинэргическое действие; не вызывает прибавки веса, гипотензии и нарушений сердечной проводимости. Не токсичен при передозировках. Его недостатками являются чрезмерная стимуляция и возможность развития бессонницы, тревоги. Рекомендуемые дозировки 75-150 мг/сут.

Деприм (Гиперицин) является антидепрессантом растительного происхождения. Действующее химическое вещество - экстракт зверобоя гиперикин 0,3 мг. Показан при легких и средних депрессиях невротического уровня, соматизированных депрессиях, соматоформных расстройствах с признаками дисфункции ЖКТ. Эффективен в качестве поддерживающей и профилактической терапии. Побочные явления незначительны. Дозировка стандартная: 3 таб. в сут. (0,9 мг гиперикина).

Адеметионин (Гептрал) Обладает анксиолитическим и тимоаналептическим действием. Играет важную роль как донор метильных групп, так как синтез и метаболизм биогенных аминов связан с обменом адеметионина. Стимулирует образование нейротрансмиттеров. Активно проникает через гематоэнцефалический барьер, стимулирует синтез дофамина, восстанавливает изменения уровня нейротрансмиттеров и чувствительность рецепторов у больных с депрессиями, улучшает процессы метилирования в фосфатном цикле.

По спектру психотропной активности эффективен при лечении непсихотических депрессий (соматизированных дистимий). Улучшение со второй недели лечения в виде редукции соматизированных расстройств и гипотимии. Эффективен при лечении алкоголизма, особенно при абстинентном синдроме с явлениями депрессии.

Нейрометаболические и вита-

минные препараты

Терапию антидепрессантами целесообразно использовать в сочетании с витаминами группы В, в связи с тем, что: **В1**- влияет на проведение нервного возбуждения в синапсах, нормализует углеводный и жировой обмен; **В2**- влияет на рост и обновление клеток, окислительные процессы; **В6** — активно участвует в обмене аминокислот, в том числе триптофана, улучшает состояние нервных волокон, влияет на нейрональную и синаптическую проводимость; **В12** — участвует в синтезе миелина, улучшает обменные процессы в ЦНС.

Особые показания к длительной терапии витаминами группы В: Злоупотребление алкоголем; Курение; Атеросклероз; черепно-мозговые травмы; астенические состояния; депрессии, сочетающиеся с заболеваниями печени, ЖКТ, сахарным диабетом.

Нейровитан -единственный

цкие устойчивость мозга и различным неблагоприятным факторам, в частности к гипоксии (церебротекторное действие) и экстремальным нагрузкам. Препараты этого класса эффективны при астенических состояниях, психоорганическом синдроме различного генеза, умственной отсталости, психической патологии, наблюдающейся в гериатрической практике, неврастеническом синдроме. Ноотропы используются также при ряде неврологических и соматических заболеваний: органических заболеваниях ЦНС, острой и резидуальной органической церебральной недостаточности, в период реконвалесценции после тяжелых инфекционных заболеваний, интоксикаций, наркоза.

Основные препараты, обладающие ноотропной и нейрометаболической активностью, представлены в таблице 2.

Пирацетам (Ноотропил) — наиболее широко исследованное ноотропное средство. Является

риновых рецепторов. Поведенческие эффекты пирацетама могут быть обусловлены и воздействием на другие нейромедиаторы, в частности стимуляцией глутаматной и допаминовой нейротрансмиссии. Он может усиливать микроциркуляцию, снижая активность тромбоцитов, повышая деформируемость эритроцитов, снижая адгезию поврежденных эритроцитов к эндотелиальным клеткам, оказывает защитное действие при гипоксии. Рекомендованная суточная доза пирацетама составляет 1,2-2,4 г

Пиритинол (Энцефабол) структурно сходен с пиридоксином (витамином В₆), но не обладает его свойствами. Представляет собой вазодилататор, классифицируемый как ноотропное средство.

Пиритинол повышает скорость мозгового кровотока и повышает мозговой метаболизм, особенно в структурах коры и гиппокампа. **Дозировка** - 200 мг 3 раза в сутки

Таблица 2.

Класс	Торговое название	Механизм действия
Ноотропы	Прамистар, Ноотропил, Пирамен, Билобил, Энцефабол, Пирацетам	Различные
Ингибиторы холинэстеразы	Арицепт, Экзелон, Когнекс	Неконкурентное ингибирование гидролиза ацетилхолина
Антагонисты NMDA	Аканитол, Мемантин	Неконкурентное блокирование NMDA-рецепторов, препятствующее эксайтотоксичному действию глутамата
Антиоксиданты	Витамин Е, селегелин	«Гасители» свободных радикалов
Вазоактивные вещества	Трентал, Агапурин, Кавинтон	Улучшение периферического и мозгового кровообращения
Антагонисты кальция	Нимодипин	Ингибирование поступления кальция в клетку, блокирующее развитие вызванного кальцием некроза нейронов

комплексный препарат витаминов группы В, доказавший

эффективность в лечении депрессий, пригодный для длительной терапии.

Ноотропы — препараты, положительно влияющие на познавательные функции, стимулирующие обучение, усиливающие процессы запоминания, повышаю-

циклическим производный ингибирующего нейромедиатора ГАМК, однако оказывает свой эффект не через посредство ГАМК-эргической системы. Действие пирацетама заключается в стимуляции центральных холинэргических проводящих путей, главным образом увеличивая число и повышая активность муска-

Дозировки наиболее широко применяемых лекарственных средств, благоприятно воздействующих на познавательные функции показаны в таблице 3.

Практически не бывает соматической патологии, которая не сопровождалась бы психическими реакциями, как и не бывает психических расстройств, которые не

Таблица 3. Литература

Прамирацетам (Прамистар)	600 мг × 2 раза в день
Пирацетам (Ноотропил)	800 мг × 3 раза в день Максимально: 1200 мг × 4 раза в день
Донепезил (Арицепт)	5-10 мг в день
Ривастигмин (Экзелон)	Низкие дозы: 1-4 мг в день Высокие дозы: 6-12 мг в день
Винпоцетин (Кавинтон)	Первоначально 5-10 мг × 3 раза в день, Поддерживающая: 5 мг × 3 раза в день
Пентоксифиллин (Трентал, Агапурин)	100 мг × 3 раза в день Максимально: 400 мг × 3 раза в день
Гинкго билоба (Билобил, Танакан)	120 мг в день
Мемантин (Акатинол)	Первоначально 5 мг в день Максимально 30 мг в день
Пиритинол (Энцефабол)	200 мг × 3 раза в день

сопровождались бы какими-либо соматическими расстройствами, функциональными или органическими нарушениями различных органов и систем организма. Соответственно лекарственные препараты, используемые для лечения психических нарушений, так же могут оказывать влияние на деятельность отдельных органов и функциональных систем организма. (Табл. 4).

В заключении следует отметить, что зачастую у клиницистов формируется представление о неэффективности назначенных психотропных средств. Изучение дан-

ки психофармакотерапии:

- Неверный выбор лекарственных препаратов.
- Неверное распределение дозы препарата в течение суток.
- Неоправданно быстрая замена препаратов, вследствие неверной оценки их действия. Нерациональное сочетание нескольких препаратов, полипрагмазия.
- Слишком малые дозировки.
- Неоправданно быстрое наращивание доз.
- Отсутствие комплаенса и неверные представления пациента о действии препарата.
- Преждевременное прекращение фармакотерапии.

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. (1988). -Лечение психически больных: Руководство для врачей. - 2-е изд. -М. - Медицина. - 528 с.
2. Гельдер М., Гет Д., Мейо З. Оксфордское руководство по психиатрии (1998). -К.: Сфера. - Т.2. С.20-64.
3. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: Информационно-скрининговый пакет. (2000) - К.: Сфера. - 294с.
4. Маляров С.А. Проблема депрессий в общемедицинской практике. Рекомендации по выявлению и лечению. (1999) //Вісник психічного здоров'я. -№3. -С.31-38.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). - Россия. -СПб. -«АДИС». -1994.
6. Напресенко О.К. Депрессії та тривога в загально медичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти)// Вісник психіатрії та психофармакотерапії. -№1. -2002. -С. 7-12.
7. Пишель В.Я., Полювяная М.Ю. (2003) Депрессия: диагностика и лечение. -К.: ООО «ДСГЛтд». -52с.
8. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. -Харьков. -«Торнадо». -2003. -350с
9. Принципы и практика психофармакотерапии: (1999)Пер. с англ. С.А. Малярова/ Ф.Дж. Яничак, Дж.М. Девис, Ш.Х. Прескорн, Ф.Дж.Айд мл. - К.: Ника-Центр, С.268-274
10. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. -Москва. -МИА. -2001. -253с.

Таблица 4.

Соматорегулирующее действие психотропных препаратов

Клинический эффект	Препарат
Противоязвенный (ослабление ночных болей, способствование заживлению язвы)	Сульпирид, Сертралин, Тианептин
Антиневралгический (ослабление цефалгий, хронических невралгий)	Пароксетин, Миртазапин, Коаксил, Флуоксетин, Сертралин
Антидиуретический (повышение способности мочевого пузыря к растяжению)	Пирацетам, Амитриптилин, Сертралин, Флуоксетин
Антибулимический (снижение потребности в пище и массы тела)	Мелипрамин, Флуоксетин, Сертралин. Бупропион

ных случаев обнаруживает неоптимальное использование препаратов. В связи с этим следует выделить наиболее типичные ошиб-

Постоянное внимание к перечисленным аспектам позволит значительно улучшить эффективность проводимой терапии.

Психотропні препарати в терапевтичній практиці

В.А. Вербенко, Н.В. Вербенко

Дискутується можливість застосування психотропних препаратів в комплексній терапії соматичних захворювань. Розглядаються основні групи психотропних препаратів. Наведені рекомендації щодо застосування цих лікарських засобів

Psychopharmacotherapy in internal practice

V.A. Verbenko, N.V. Verbenko

Psychopharmacotherapy in complex management of internal diseases has been discussed. Main groups of psychoactive drugs are considered. The recommendations of their use has been given.