Кемеровская медицинская академия

Реферат

Основные группы лекарственных средств, применяемых в психиатрии

Кемерово-2009

Содержание

Введение

1. Транквилизаторы: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

2. Нейролептики: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

3. Антидепрессанты: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

Заключение

Список использованной литературы

Введение

Первые современные психотропные препараты были созданы в начале 50-х годов нашего столетия. До этого арсенал средств, применяемых для лечения психических заболеваний, был весьма ограниченным и малоспецифичным.

Основными препаратами, используемыми для этой цели, были снотворные и седативные средства, инсулин, кофеин; для судорожной терапии шизофрении применялся коразол, При неврастенических расстройствах использовались главным образом бромиды, седативные средства растительного происхождения, снотворные в малых (седативных) дозах. В 1952 г. была обнаружена специфическая эффективность хлорпромазина (аминазина) и резерпина при лечении психических заболеваний. Вскоре были синтезированы и изучены многочисленные аналоги аминазина и резерпина и было показано, что производные этих и других классов химических соединений могут оказывать благоприятное действие при лечении шизофрении и других психозов, маниакальных синдромов, депрессивных состояний, невротических расстройств, острых алкогольных психозов и других нарушений функций центральной нервной системы.

Раздел фармакологии, занимающийся изучением этих веществ, получил название "психофармакология", а препараты указанного типа действия стали называться "психофармакологическими средствами", или "психотропными препаратами".

В настоящее время под психофармакологическими средствами подразумевают широкий круг веществ, оказывающих влияние на психические функции, эмоциональное состояние и поведение. Многие из них нашли широкое применение в качестве психотропных препаратов.

1. Транквилизаторы: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

Транквилизаторы (анксиолитики) — успокаивающие средства, не изменяющие сознание. Большинство транквилизаторов оказывает анксиолитическое (устраняющее тревогу) действие, уменьшает нервное напряжение, не влияя на другие функции мозга.

Транквилизаторы представлены преимущественно группой бензодиазепинов, обладающих снотворным, седативным, анксиолитическим, противосудорожным и центральным миорелаксирующим действием. Бензодиазепины отличаются друг от друга мощностью, скоростью инактивирования и выделения из организма.

Транквилизаторы — относительно малотоксичные соединения. Абсолютным противопоказанием для их применения является миастения. Не применяются они также при острых заболеваниях почек и печени.

К побочным действиям транквилизаторов относятся: атипичные тревожные расстройства. Вторичные состояния тревоги — панические атаки, агорафобии.

Для всех больных, принимавших бензодиазепины более 3-4 мес., особенно в случае использования препаратов короткого действия, обязательна постепенная отмена препарата.

Производные бензодиазепина: хлозепид, сибазон, феназепам, нозепам, лоразепам, мезапам.

Карбаминовые эфиры замещенного пропандиола: мепротан, изопротан.

Производные дифенилметана: амизил.

Транквилизаторы разных химических групп. Помимо соединений, обладающих всеми характерными для современных транквилизаторов фармакологическими и лечебными свойствами, получен ряд веществ, оказывающих транквилизирующий эффект, но отличающихся от "классических" транквилизаторов.

Эти вещества обычно обозначают как "малые" транквилизаторы. По силе транквилизирующего действия, они, как правило, уступают хлозепиду, мепробамату, и особенно сибазону и феназепаму, но оказывают меньшее угнетающее действие и в терапевтических дозах не вызывают миорелаксации. У них слабо выражено или полностью отсутствует противосудорожное действие. В связи с тем, что они меньше нарушают работоспособность и могут шире назначаться в дневные (рабочие) часы, их иногда называют "дневные седативные средства" или "дневные транквилизаторы": мебикар, триоксазин, оксилидин, грандаксин, гиндарин.

Побочные действия транквилизаторов и методы сестринского ухода

1. Сонливость, спутанность. Предупредить больного, чтобы он не управлял автомашиной и не работал с опасной техникой в период приема лекарственных средств.

2.Толерантность; психическая и физическая зависимость. Предупредить больного, длительно принимающего эти препараты, чтобы он резко не прекращал лечения.

3. Потенцирование действия других веществ, угнетающих ЦНС. Предупредить больного о недопустимости употребления алкоголя или других веществ, угнетающих ЦНС.

4. Возможность усиления симптоматики у больных с депрессивным состоянием. Необходимо соблюдать необходимые меры предосторожности в отношении возможного суицида.

5. Ортостатическая гипотензия. Мониторинг АД. Предупредить больного, чтобы он медленно поднимался из положения лежа или сидя.

6. Парадоксальное возбуждение. Не выдавать лекарство, сообщить врачу.

2. Нейролептики: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

Нейролептические средства (нейролептики) составляют одну из главных групп современных психотропных препаратов. Основными представителями этой группы являются производные фенотиазина (аминазин и др.), бутирофеноны (галоперидол и др.).

В последние годы обнаружены активные нейролептики среди соединений других химических групп. Умеренной нейролептической активностью обладает алкалоид резерпин.

Нейролептики оказывают многогранное действие на организм. От седативных средств нейролептики существенно отличаются наличием антипсихотической активности, способностью подавлять бред, галлюцинации, автоматизм и другие психопатологические синдромы и оказывать лечебный эффект у больных шизофренией и другими психическими заболеваниями.

Ряд нейролептиков (группы феногназина, бутирофенона и др.) обладает противорвотной активностью.

Многим нейролептикам свойственна центральная и периферическая антиадренергическая активность, а некоторым — также холинолитическая, противогистаминная и противосеротониновая активности. Характерной особенностью ряда нейролептиков является их способность оказывать каталептогенное действие.

Эти и другие фармакологические свойства у разных нейролептических препаратов выражены в разной степени, и сочетание этих и других свойств с основным антипсихотическим эффектом определяет профиль их действия и показания к применению в психиатрии и в других областях медицины.

Различают нейролепгики, антипсихотическое действие которых сопровождается седативным (алифатические производные фенотиазина, резерпин и др.) или активирующим (энергезирующим) эффектом (пиперазиновые производные фенотиазина, некоторые бутирофеноны). Некоторым нейролептикам присущи элементы антидепрессивного действия.

Одним из новых нейролептиков, обладающих выраженной антипсихотической активностью и практически не вызывающих экстрапирамидного побочного действия, является препарат клозапин (лепонекс) — производное пиперазино-дибензодиазепина.

В последние годы получены производные фенотиазина и соединения, близкие к бутирофенонам (производные дибутилфенилпиперазина), обладающие пролонгированным действием; они медленно всасываются, медленно выводятся из организма и после однократного введения действуют значительно дольше, чем обычные нейролептические препараты (Фторфеназин-деканоат, Флюспирилен, Пимозид, Пенфлюридол).

Побочные эффекты нейролептиков и их купирование

Большинство больных переносит побочное действие нейролептиков в легкой степени, в идее сухости во рту или тремора.

Осложнения терапии антипсихотиками по тяжести осложнений не превосходят другие виды лекарственной терапии.

1. Неспецифическое седативное действие — снижение дозы препарата до оптимальной.

2. Антиадренергическое действие в виде ортостатической гипотонии; затруднение эякуляции.

3. Экстрапирамидные расстройства (экстрапирамидный синдром — ЭПС) вследствие блокады дофаминовых рецепторов базальных ядер:

- Паркинсоноподобные проявления (гипокинезия, тремор покоя, шаркающая походка, слюнотечение, повышение мышечного тонуса, ригидность мышц). Симптомы могут появиться через 1 — 5 дней после начала терапии; наиболее часто возникают у женщин, у лиц пожилого возраста и обезвоженных больных.

— Акинезия (бедность активных движений). Признаки те же.

— Акатизия (постоянное двигательное беспокойство, суетливость, патологическая неусидчивость). Наиболее часто возникает у женщин; симптомы могут появляться через 50 — 60 дней после начала лечения. Облегчение при акатизии и паркинсоноподобных проявлениях приносят бета-адреноблокаторы и антипаркинсонические средства с М-холиноблокирующим действием, бензодиазепины.

- Дистония (внезапные непроизвольные движения или спазмы мышц лица, рук, ног и шеи). Чаще наблюдается на 1-2 неделе лечения. Купируется в/в или в/м введением бензатропина I (0,5-2 мг) или дифенгидрамина (25-50 мг). Наиболее часто возникают у мужчин и больных старше 25 лет. - Окулогирные кризы (непроизвольное закатывание глаз). Могут проявляться в виде части синдрома, описанного как дистония. Дистония и окулогирные кризы требуют неотложной помощи; применяют антихолинергические препараты или диазепам.

Поздняя (тардивная) дискинезия (причудливые движения лица и языка; напряжение мышц шеи и затруднения при глотании). Высокий риск появления этого расстройства имеют все больные, принимавшие на протяжении длительного периода времени (месяцы или годы) антипсихотические препараты.

Симптомы потенциально необратимы. При развитии поздней дискинезии следует отменить нейролептик и перейти на терапию атипичными антипсихотиками. Лекарство следует отменять при появлении первых признаков дискинезии (червеобразные движения языка). Неотложные действия могут предотвратить необратимость процесса.

Злокачественный нейролептический синдром (ЗНС). Редко встречающееся осложнение, но с возможным летальным исходом. Необходимо немедленно прекратить лечение нейролептиками.

Побочные эффекты со стороны внутренних органов: а) Кардиотоксическое действие (удлинение интервала РТ на ЭКГ, желудочковая аритмия); б) М-холиноблокирующее действие: тахикардия, сухость во рту, обострение глаукомы, задержка мочеиспускания, запоры и кишечная непроходимость; в) Гепатотоксическое действие; г) Лейкопения и агранулоцитоз; Агранулоцитоз — потенциально очень серьезное побочное действие, но встречается относительно редко. Обычно возникает в первые три месяца лечения. Имеет обратимый характер только при условии его диагностирования на ранних стадиях развития.

д) Аллергические кожные реакции. Соматические осложнения чаще возникают у пожилых и ослабленных больных.

Нарушение аккомодации.

Побочные действия препаратов и методы сестринского ухода

1. М-холиноблокирующее действие:

- Сухость во рту. Предлагать карамели, жевательную резинку, частое питье воды маленькими глотками. Следить за гигиеной полости рта.

- Ухудшение зрения (все как в тумане). Объяснить больному, что вероятнее всего, это действие ослабеет через несколько недель.

- Запор. Порекомендовать пищу, богатую клетчаткой; поощрять физическую активность и прием жидкости при отсутствии противопоказаний.

- Задержка мочи. Предупредить больного, чтобы он сообщал о любых нарушениях мочеотделения; контролировать суточный диурез.

2. Неспецифическое седативное действие. Обсудить с врачом возможность приема лекарства на ночь. Обсудить с врачом возможность уменьшения дозы или назначения лекарственного препарата с менее выраженным седативным действием. Предупредить больного, чтобы он не управлял автомашиной и не работал с опасной техникой.

3. Антиадренергическое действие:

Ортостатическая гипотензия. Мониторинг АД, отражать изменения в документации и сообщать о значимых изменениях врачу. Предупредить больного, чтобы он медленно поднимался из положения лежа или сидя (опасность ортостатического коллапса).

6. Агранулоцитоз

Мониторинг общего состояния пациента. При подозрении на возникновение этого осложнения необходимо сделать развернутый общий анализ крови с подсчетом клеточных элементов. При лечении клозапином агранулоцитоз возникает у 1-2% всех больных. Поэтому таким пациентам необходимо исследовать кровь еженедельно.

7. Снижение порога судорожной готовности. Внимательно наблюдать за больными, у которых в анамнезе есть эпилептические припадки.

8. Кожная сыпь

9. Тошнота и рвота

Лекарство можно принимать с пищей или с молоком (если нет для этого противопоказаний). Помощь при рвоте согласно рутинному алгоритму.

3. Антидепрессанты: краткая характеристика, побочные действия, осложнения и их терапия

В механизме действия антидепрессантов важная роль принадлежит постепенно развивающимся под их влиянием адаптационным изменениям в кругообороте нейромедиаторов и в чувствительности к ним рецепторов мозга. Полагают, что этим объясняется относительно медленное (через 5 — 10 дней) наступление терапевтического эффекта этих препаратов.

Ингибиторы МАО могут также оказать тормозящее влияние на нейрональный захват норадреналина и других нейромедиаторов, однако у основных препаратов этой группы ведущим в нейрохимическом механизме действия является ингибирование активности МАО.

В последние годы появились новые антидепрессанты, отличающиеся как по структуре, так и по механизму действия от антидепрессантов — ингибиторов МАО и от "типичных" (имипраминоподобных) трициклических антидепрессантов. Получены антидепрессанты трициклического строения ("атипичные"), не оказывающие тормозящего влияния на нейрональный захват нейромедиаторов (иприндол и др.).

Получены препараты четырехциклического строения (пиразидол, инказан), у которых торможение обратного захвата нейромедиаторов сочетается с ингибированием МАО, а также четырехциклические препараты, у которых нет выраженного влияния на захват нейромедиаторов, так же как на активность МАО (мапротилин, или людиомил, миансерин и др.). Получены также антидепрессанты бициклического строения и препараты другой химической структуры.

Вместо ранее существовавшего деления антидепрессантов на две группы — ингибиторы МАО и препараты трициклического строения — в настоящее время антидепрессанты можно условно делить на: 1)антидепрессанты - ингибиторы МАО;

2) "типичные" (имипраминоподобные) трициклические антидепрессанты;

3) "атипичные" трициклические антидепрессанты; 4) четырехциклические антидепрессанты; 5) антидепрессанты разных химических групп.

Общим свойством всех антидепрессантов является их тимолептическое действие, т. е, положительное влияние на аффективную сферу больного, сопровождающееся улучшением настроения и общего психического состояния.

При фазном течении депрессии антидепрессанты не обрывают фазу, а лишь купируют депрессивную симптоматику и преждевременная отмена препарата может привести к рецидиву.

Антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), тразадон, миансерин (леривон), флуоксетин (прозак), ниаламид (нуредал).

Побочные эффекты могут включать диспептические расстройства, аллергические реакции, половую дисфункцию.

Главная характеристика ИМАО — выраженный стимулирующий эффект. В этом отношении они представляют собой переходную группу между тимоаналептиками и психостимуляторами. По сравнению с классическими ТЦА, необратимые ИМАО более эффективны при невротических и реактивных депрессиях, сопровождающихся тревогой и обсессивно-фобической симптоматикой, а также при атипичных депрессиях. Однако использование ИМАО ограничено в связи с неблагоприятным взаимодействием с пищевым тирамином. Это взаимодействие может вызывать потенциальную угрозу жизни из-за развития тираминового криза, включающего повышение температуры, гипертонический криз, инфаркт миокарда или инсульт.

ИМАО используются в тех случаях, когда ни ТЦА, ни антидепрессанты нового поколения не дали положительного результата.

Побочные эффекты антидепрессантов: 1)чрезмерная вялость; 2)антихолинергическое действие (преимущественно у ТЦА): сухость во рту; нарушения аккомодации; сердцебиение, тахикардия, головокружения, ортостатическая гипотензия; задержка мочеиспускания; запоры; нарушения памяти; 3) нарушения сердечной проводимости; сократительной способности миокарда (преимущественно ТЦА); 4) центральный антихолинергический синдром в виде: выраженных зрительных галлюцинаций; растерянности и нарушений памяти на текущие события; различных видов дезориентировки; 5) норадренергический эффект в виде повышения тревожности, тахикардии, тремора, нарушение эрекции и эякуляции; 6) серотониновый синдром. Возникает при сочетанном приеме ИМАО и СИОЗС, ИМАО и ТЦА, нефазадона и ТЦА; 7) нарушения функций печени; 8) повышение судорожной готовности; 9) гематологические изменения.

Побочные явления: диспептические симптомы, снижение систолического давления, бессонница, головная боль, сухость во рту, задержка стула и другие. При назначении ниаламида необходимо учитывать возможность развития побочных эффектов, связанных с ингибированием МАО. Одновременно с ниаламидом нельзя назначать ТЦА, другие ИМАО, необходим 2-3-недельный перерыв перед назначением других антидепрессантов. Во избежание тираминового синдрома во время лечения ниаламидом необходимо исключать из рациона пищевые продукты, содержащие тирамин и другие сосудосуживающие моноамины, в том числе сливки, кофе, пиво, сыр, вино, копчености.

Побочные действия препаратов и методы сестринского ухода

1. Антихолинергическое действие:

- Сухость во рту. Предлагать карамели, жевательную резинку, частое питье воды маленькими глотками. Следить за гигиеной полости рта. — Ухудшение зрения. Объяснить больному, что вероятнее всего, это действие ослабеет через несколько недель.

— Запор. Порекомендовать пищу, богатую клетчаткой; поощрять физическую активность и прием жидкости при отсутствии противопоказаний.

— Задержка мочи. Предупредить больного, чтобы он сообщал о любых нарушениях мочеотделения; контролировать суточный диурез.

2. Седативное действие

Обсудить с врачом возможность приема лекарства на ночь. Предупредить больного, чтобы он не управлял автомашиной и не работал с опасной техникой.

3. Ортостатическая гипотензия

Проверять АД, отражать изменения в документации и сообщать о значимых изменениях врачу. Предупредить больного, чтобы он медленно поднимался из положения лежа или сидя.

4. Кардиотоксическое действие: тахикардия; нарушения сердечного ритма

Мониторинг частоты и ритма пульса; сообщать врачу обо всех значимых изменениях этих показателей.

5. Фоточувствительность

Рекомендовать больному пользоваться солнцезащитными средствами, одеждой и очками при нахождении вне помещения.

6. Гипертонические кризы (вызванные ингибиторами МАО). Гипертонический криз возникает, если пациент во время лечения ингибиторами МАО употребляет пищу, содержащую тирамин.

7. Приапизм (вызванный приемом тразадона). Если больной жалуется на продолжительную или неадекватную эрекцию, прекратить выдачу этого препарата и немедленно сообщить врачу.

Заключение

Термин "транквилизаторы" соответствует понятию "успокаивающие средства". Транквилизаторы обозначались также как "атарактики", "антифобические средства", "анксиолитическйе вещества" и др.

В 1966 г. научная группа Всемирной организации здравоохранения предложила для психотропных препаратов следующую классификацию.

А) Нейролептики, они же "антипсихотические средства", ранее обозначавшиеся "большие транквилизаторы", или "атарактики", а к ним относятся производные бутирофенона, тиоксантена, резерпин и подобные ему вещества. Эти вещества оказывают терапевтический эффект при психозах и других психических расстройствах. Характерно вызываемое этими веществами побочное действие — экстрапирамидные симптомы.

Б) Анксиолитические седативные средства, ранее называвшиеся "малые транквилизаторы", понижающие патологический страх, напряжение, возбуждение; они обычно обладают противосудорожной активностью, не вызывают вегетативных и экстрапирамидных побочных эффектов; могут вызывать привыкание. К ним относятся мепротан и его аналоги, производные диазепоксида (хлордиазепоксид и др.), а также барбитураты.

В) Антидепрессанты — вещества, применяемые при лечении патологических депрессивных состояний. К ним относятся ингибиторы МАО.

Г) Психостимуляторы. К ним относятся фенамин и его аналоги, кофеин.

Д) Психодислептики (галлюциногены), называемые также "психозомиметическими веществами". К этой группе относятся диэтиламид лизергиновой кислоты, мескалин, псилоцибин и др.

С точки зрения практического медицинского применения наиболее целесообразно делить психотропные препараты на следующие группы: а) нейролептические средства; б) транквилизаторы; в) седативные средства; г) антидепрессанты; д) психостимулирующие средства.

Список использованной литературы

1. Исследования в области психофармакологии. Всемирная организация здравоохранения. Серия технических докладов № 371. Женева. 1967.- М.. Медицина, 1969. – С. 122.

2. Машковский М.Д. Лекарственные средства. Часть 1. М., 1986.

3. Машковский М. Д., Полежаева А. И., Андреева Н. И Новые психотропные препараты (обзор). I. Антидепрессанты.- Хим.- фарм. журн., 1989, Л., с. 19-29.

4. Тюльпин Ю.Г. Психические расстройства. М., 2002.

5. Чернов В.Н. Сестринское дело в психиатрии с курсом наркологии. М., 2005.