

# К проблеме рационального применения нейролептиков в наркологической практике

СИВОЛАП Ю.П.

д.м.н., профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии

Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

САВЧЕНКОВ В.А.

к.м.н., зав. отделением неотложной наркологической помощи клиники психиатрии им. С.С. Корсакова

Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

*Представлена типология психических расстройств у наркологических больных на основе критериев происхождения и психопатологической принадлежности. Рассмотрена проблема фармакорезистентности болезненного влечения к психоактивным веществам (ПАВ) и других аддиктивных влечений. Выделены показания к рациональному применению нейролептиков в наркологической практике. Приведена сравнительная характеристика клинической эффективности и побочных действий хлорпромазина, галоперидола, клозапина и рисперидона.*

Злоупотребление алкоголем и другими ПАВ сопровождается развитием различных типов психических расстройств. Психопатологические особенности, тяжесть, течение и прогноз этих расстройств определяются многими факторами, в том числе типом действия употребляемого вещества на центральную нервную систему (ЦНС), частотой употребления и употребляемыми дозами, особенностями индивидуальной психической реактивности, а также общим состоянием психического и физического здоровья индивида.

Формированием непсихотических психических нарушений характеризуется не только злоупотребление ПАВ, но так называемые нехимические аддиктивные расстройства, примером которых служит болезненное пристрастие к азартным играм (pathological gambling).

Психопатологическая природа болезней аддиктивного круга делает правомерной постановку вопроса о необходимости применения психотропных средств, в том числе нейролептиков, при лечении. Вместе с тем, показания к применению нейролептиков и сама целесообразность их использования относятся к числу дискуссионных и далеких от разрешения вопросов клинической наркологии.

В соответствии с принадлежностью к различным психопатологическим регистрам психические расстройства у лиц, злоупотребляющих ПАВ, разделяются на следующие категории:

- мотивационные нарушения (болезненное влечение к ПАВ и другие аддиктивные влечения);
- острые и хронические психозы;
- расстройства невротического круга;
- аффективные нарушения;
- личностные расстройства и нарушения поведения;
- когнитивные нарушения, развивающиеся в структуре психоорганических синдромов.

По происхождению психические нарушения у наркологических больных могут быть разделены на 3 типа: проаддиктивные, собственно аддиктивные и метааддиктивные [5].

*Проаддиктивные психопатологические феномены* — это психические расстройства, предрасполагающие к злоупотреблению ПАВ и формированию зависимости от них. В эту категорию входят преморбидные особенности личности (в том числе конституционально обусловленные

типы психопатологического реагирования) и коморбидные психические расстройства.

Необходимо оговориться, что наряду с коморбидными психическими расстройствами, оказывающими то или иное влияние на возникновение, симптоматику, течение и прогноз аддиктивных болезней, у отдельных больных могут отмечаться коморбидные психопатологические состояния, характеризующиеся относительной самостоятельностью и не проявляющие очевидных взаимосвязей с аддиктивными синдромами.

*Собственно аддиктивные расстройства* формируют психопатологическое ядро алкоголизма и других болезней аддиктивного круга и представлены тремя основными феноменами: болезненным влечением к ПАВ, зависимостью от этих веществ и аддиктивным поведением больных. Кроме того, к этой же категории можно отнести само по себе употребление ПАВ.

*Метааддиктивные расстройства* представляют собой совокупность психопатологических последствий злоупотребления ПАВ.

По механизмам возникновения метааддиктивные психические расстройства можно разделить на психогенные, фармакогенные и токсикогенные состояния. Примером психогенных расстройств служит тревожное ожидание состояния отмены у больных героиновой наркоманией или ипохондрическое развитие личности у больных алкоголизмом. Типичным фармакогенным расстройством (отражающим фармакологические свойства ПАВ) является состояние психофизической угнетенности в острый период отвыкания от кокаина у зависимых лиц. Наконец, к числу токсикогенных расстройств (развивающихся вследствие нейротоксических эффектов ПАВ) относятся различные психоорганические состояния у наркологических больных.

Очевидно, что различные по психопатологической принадлежности и происхождению психические расстройства у лиц, злоупотребляющих ПАВ, проявляют разную степень восприимчивости к действию психотропных препаратов, в том числе нейролептиков.

В соответствии с главной задачей наркологической помощи — прекращением употребления ПАВ и достижением ремиссии болезни — основной мишенью лечения являются собственно аддиктивные расстройства, а именно мотивационные расстройства и психический компонент зависимости от ПАВ.

Примечательной особенностью российской наркологической школы является активное применение нейролептиков и антидепрессантов с целью формирования и стабили-

зации ремиссии аддиктивных заболеваний. Вместе с тем, как показывает наркологическая практика и собственный клинический опыт авторов [5], первичные (т.е. не связанные с синдромом отмены или психопатологическими проявлениями других фазных состояний болезни) формы влечения к ПАВ представляют собой фармакорезистентный психопатологический феномен и практически не поддаются психофармакологическому воздействию.

Фармакорезистентностью ядерных аддиктивных феноменов (а также их устойчивостью к психотерапевтическому воздействию) объясняется низкая результативность лечебных программ в наркологии.

С точки зрения современной психофизиологии, наркотические свойства психоактивных субстанций, определяющие их субъективную притягательность для индивида и способность вызывать зависимость, обусловлены так называемым подкрепляющим действием (обозначаемым в англоязычной литературе термином *reinforcing effect*), включающим два компонента: положительный и отрицательный [6, 7].

*Положительное подкрепление* (*positive reinforcement*) связано со способностью вещества улучшать субъективное психофизиологическое состояние, или, иными словами, способностью доставлять удовольствие потребляющему данное вещество индивиду.

*Отрицательное подкрепление* (*negative reinforcement*) обусловлено способностью вещества устранять психический или физический дискомфорт.

Пациенты наркологической клиники нередко объясняют свое пристрастие к ПАВ желанием избавиться от неприятных переживаний (например, больные алкоголизмом часто мотивируют употребление алкоголя стремлением освободиться от эмоционального напряжения). Из подобных, типичных для наркологических больных, субъективных объяснений можно было бы сделать неверный вывод, что в процессе химической зависимости преимущественно эксплуатируется механизм отрицательного подкрепления. Вместе с тем, практическим специалистам хорошо известно, что устранение психотравмирующих факторов в жизни пациентов или повышение их устойчивости к эмоциональному стрессу, достаточно легко достигаемое с помощью психотропных препаратов, далеко не всегда позволяет добиться прекращения употребления ПАВ (например, алкоголя) и достижения ремиссии аддиктивной болезни. Решающим фактором хронического (непрерывного или рецидивирующего) течения аддиктивных болезней является механизм положительного подкрепления, возникающего при повторном употреблении наркотического вещества, т.е. способность этого вещества доставлять удовольствие.

Практическое выздоровление (или продолжительная ремиссия) в наркологической практике есть не что иное, как способность зависимого от ПАВ индивида к стойкому отказу от привычного удовольствия. Это результат, при его кажущейся простоте, оказывается недостижимым для большинства пациентов наркологической клиники.

В основе безремиссионного течения алкоголизма и наркомании нередко лежит нежелание прекращать употребление ПАВ. Стремление к удовольствию, предоставляемому алкоголем или наркотиками, приводит к тому, что эти вещества начинают занимать неподобающе высокое место в иерархии ценностей зависимого от них индивида. Стойкое и мало поддающееся коррекции изменение ценностной ориентации потребителей ПАВ составляет основу аддиктивной деформации личности.

Очевидно, что нейролептики, антидепрессанты или любые другие доступные в настоящее время лекарственные средства не в состоянии оказать сколько-нибудь заметного влияния на деформированную иерархию ценностей у нар-

кологических больных, преодолеть их нежелание отказаться от привычного удовольствия и прекратить прием ПАВ.

Доказательства эффективности психофармакологических подходов к противорецидивной терапии в наркологии, полученные в результате проведения двойных слепых плацебо-контролируемых исследований, в настоящее время отсутствуют. Это позволяет утверждать, что применение психотропных средств (в том числе нейролептиков) для достижения ремиссии аддиктивных заболеваний вступает в определенное противоречие с современными принципами рациональной фармакотерапии.

При лечении больных опиной (героиновой) наркоманией нейролептики во многих случаях не только не проявляют достаточных клинических эффектов в попытках воздействия на влечение к наркотику, но и приводят к результатам, противоположным ожидаемым. Как показывают исследования А.В. Надеждина с соавторами (1999 г.), а также наши собственные клинические наблюдения, нейролептики вызывают ассоциативную заторможенность и снижают способность больных наркоманией к критическому суждению. Возникающая под влиянием нейролептиков когнитивная дисфункция во многих случаях снижает продуктивность терапевтического контакта между пациентом и врачом [3, 5].

В неблагоприятных случаях наркомании, когда заметного влияния нейролептиков на влечение к ПАВ не отмечается, попытки увеличить дозу препаратов для достижения большего клинического эффекта, как правило, не приносят пользы либо даже, напротив, способствуют усилению аддиктивных мотиваций и негативных тенденций в поведении больных [5].

Недостаточное влияние нейролептиков на аддиктивные влечения отнюдь не означает, что в наркологической клинике отсутствуют другие показания для применения данного класса психотропных средств. Успешное лечение других типов психических нарушений у лиц, злоупотребляющих ПАВ, и в первую очередь расстройств выделяемой нами метааддиктивной категории — психозов и пограничных расстройств невротического, личностного и (в меньшей степени) аффективного регистров — невозможно без использования нейролептиков.

Эффективность и безопасность лечения психических расстройств у наркологических больных во многом определяются выбором психотропных средств, в том числе нейролептиков.

В контексте данного обсуждения наиболее важной является сравнительная характеристика четырех нейролептиков: хлорпромазина, галоперидола, клозапина и рисперидона.

### **Хлорпромазин (аминазин)**

Хлорпромазин — первый нейролептик, предложенный для психиатрической практики, и родоначальник класса типичных (классических) нейролептиков. Именно с применения хлорпромазина, а в дальнейшем — и других нейролептиков для лечения шизофрении началась эра психофармакологии в психиатрии, разительно изменившая облик и атмосферу психиатрических больниц, способствовавшая смягчению течения эндогенных психозов, деинституционализации психически больных и значительному возрастанию возможностей их социальной адаптации.

Хлорпромазин относится к производным фенотиазина с алифатической боковой цепью, что определяет спектр его фармакологической активности.

Препарат характеризуется достаточной биодоступностью после приема внутрь и эффективен при парентеральном (внутримышечном и внутривенном) введении.

Особенность фармакокинетики хлорпромазина состоит в образовании нескольких десятков метаболитов, многие из которых обладают фармакологической активностью, что объясняет продолжительное психотропное действие препарата. С действием активных метаболитов связаны не только фармакологические, но и токсические эффекты хлорпромазина.

Хлорпромазин обладает выраженным аденолитическим и антисеротонинергическим действием, обусловленным сродством к  $\alpha_1$ -адренорецепторам и серотониновым рецепторам 5-HT<sub>2</sub>-типа и умеренным ингибирующим воздействием на дофаминовые D<sub>2</sub>-рецепторы и еще более слабым аффинитетом к D<sub>1</sub>-рецепторам. Препарат проявляет также значительное антихолинергическое (холинолитическое) действие.

Антисеротонинергическими, антидофаминергическими и, в известной мере, антиадренергическими эффектами хлорпромазина принято объяснять его антипсихотическое действие. Аденолитические эффекты хлорпромазина лежат в основе его угнетающего влияния на гемодинамику, а с антихолинергическим действием связана способность препарата провоцировать помрачение сознания.

Спектр психотропной активности хлорпромазина включает мощное седативное, общезатормаживающее, снотворное и антипсихотическое действие, а также каталептогенное влияние.

Антипсихотическое действие хлорпромазина характеризуется отсутствием селективного (избирательного) компонента, поэтому способность препарата устранять бред, галлюцинации и другие продуктивные психопатологические симптомы выражена слабее, чем у многих других нейролептиков [2].

Хлорпромазин применяется в лечении психозов и достаточно успешно купирует различные виды психомоторного возбуждения как у психически больных, так и у лиц, злоупотребляющих ПАВ. В связи с неизбирательным антипсихотическим воздействием препарат не обладает «обрывающим» действием на острые эндогенные психозы.

Существенными недостатками хлорпромазина являются токсичность, многочисленные побочные эффекты и довольно высокая частота осложнений при его использовании в клинической практике. Соотношение между лечебными и побочными действиями хлорпромазина значительно уступает соответствующим показателям у других типичных и тем более атипичных нейролептиков.

Неблагоприятным свойством хлорпромазина, ограничивающим его применение в лечении неотложных состояний у наркологических больных, являются сильное антихолинергическое (холинолитическое) действие и связанная с этим способность провокации острых делириозных психозов.

Хлорпромазин, как и другие производные фенотиазина с алифатической боковой цепью, следует крайне осторожно применять (либо вообще воздерживаться от при-

менения) при острых алкогольных психозах и особенно при алкогольной энцефалопатии.

Препарат обладает угнетающим воздействием на гемодинамику. В связи с гемодинамическими эффектами препарат нужно с большой осторожностью комбинировать с  $\alpha_2$ -адреномimetиками — клонидином (клофелином) и его аналогами.

Клонидин (клофелин) и другие  $\alpha_2$ -адреномimetики широко используются в лечении синдрома отмены опиоидов и несколько реже — в лечении синдрома отмены алкоголя. Эти препараты обладают выраженным гипотензивным действием, и основное их предназначение заключается в лечении гипертонической болезни.

Назначение хлорпромазина и других алифатических производных фенотиазина недопустимо при наличии признаков обезвоживания. Различная степень обезвоживания выявляется при поступлении в клинику практически у всех лиц в активной фазе опиоидной зависимости и у многих больных алкоголизмом после продолжительных алкогольных эксцессов.

При назначении хлорпромазина необходимо учитывать, что в связи с гепатотоксическим действием он может приводить к утяжелению полиэтиологического поражения печени, характерного для большинства пациентов наркологической клиники, а также вызывать острый лекарственный гепатит.

В больших дозах (или при высокой индивидуальной чувствительности) хлорпромазин способен вызывать тяжелые неврологические нарушения (вплоть до злокачественного нейролептического синдрома).

В связи с тканевой токсичностью хлорпромазина внутримышечные инъекции препарата в некоторых случаях осложняются развитием абсцессов, а внутривенное введение — острым флебитом.

Несмотря на многочисленные недостатки и невысокую антипсихотическую активность, хлорпромазин до сих пор находит применение в клинической практике.

Показания к использованию хлорпромазина в наркологической клинике в первую очередь представляют острые интоксикационные (но не абстинентные) психозы, например острые психозы, вызванные злоупотреблением кокаином или психостимуляторами амфетаминового ряда.

Хлорпромазин используется для купирования состояния психомоторного возбуждения у наркологических больных. Наряду с другими нейролептиками хлорпромазин смягчает дисфорические реакции и неблагоприятные тенденции в поведении, развивающиеся в постабстинентном состоянии у лиц, страдающих опиоидной зависимостью.

Следует принимать во внимание, что широкое и не всегда обоснованное использование хлорпромазина, известного в России как аминазин, в отечественной клинической практике и тягостный характер его нейролептических эффектов в немалой степени способствовали тому, что у многих пациентов наркологической клиники сформировалось негативное отношение к этому препарату.

### Галоперидол

Наряду с хлорпромазином представителем класса типичных нейролептиков является галоперидол.

Препарат относится к производным бутирофенона и по фармакологическим свойствам существенно отличается от хлорпромазина. Галоперидол эффективен как при парентеральном введении, так и при пероральном приеме.

В отличие от хлорпромазина, галоперидол оказывает преимущественно антидофаминергическое влияние, обладая сильным воздействием на дофаминовые рецепторы  $D_2$ -типа и менее выраженным — на  $D_1$ - и  $D_4$ -рецепторы. Воздействие галоперидола на  $\alpha_1$ -адренорецепторы и серотониновые  $5\text{-HT}_2$ -рецепторы незначительно. Антихолинергические (холинолитические) эффекты у галоперидола отсутствуют. Благодаря незначительному сродству к адренорецепторам препарат практически не влияет на гемодинамику.

Галоперидол обладает сильным антипсихотическим действием. Спектр его психотропной активности наряду с общим (глобальным) антипсихотическим действием включает селективное воздействие на галлюцинаторно-бредовую симптоматику, что создает ему заметные преимущества в сравнении с хлорпромазином и позволяет использовать препарат в качестве мощного нейролептика «обрывающего» действия при острых эндогенных психозах.

Седативный, снотворный и общезатормаживающий эффекты у галоперидола выражены слабее, чем у хлорпромазина.

В малых дозах галоперидол оказывает благоприятное воздействие на невротические симптомы, что позволяет успешно использовать препарат в пограничной психиатрии.

В наркологической клинике галоперидол применяется для лечения психозов различного генеза.

Отсутствие холинолитического действия и незначительное влияние на гемодинамику в сочетании с высокой антипсихотической активностью позволяют считать галоперидол эффективным и сравнительно безопасным препаратом для лечения алкогольного делирия и абстинентных психозов неалкогольной этиологии.

В свете современных представлений о механизмах, лежащих в основе развития алкогольного делирия и других типичных проявлений алкогольной болезни мозга, патогенетически оправданным в терапии острых алкогольных расстройств является использование тиамина (витамина  $B_1$ ) и препаратов ГАМКергического действия — производных бензодиазепа, барбитуратов и клонидина (геминева) [4]. Галоперидол вводится в лечебные схемы при недостаточной эффективности перечисленных лекарственных средств, при выраженном галлюцинозе и тяжелых формах психомоторного возбуждения.

При атипичных металкогольных психозах — эндоформных вариантах белой горячки, острых и хронических алкогольных галлюцинозов и психозах параноидного спектра — галоперидол является одним из нейролептиков первого выбора.

Галоперидол эффективен при патологическом алкогольном опьянении и при интоксикационных психозах, вызванных злоупотреблением психостимуляторами амфетаминового ряда, кокаином, галлюциногенами и каннабиноидами.

В небольших дозах галоперидол (особенно в сочетании с транквилизаторами) успешно устраняет тревожно-ипохондрические состояния и другие расстройства невротического спектра у наркологических больных.

По совокупности качеств галоперидол может считаться «универсальным» нейролептиком для психиатрической и наркологической практики.

Подобно другим типичным нейролептикам, галоперидол способен вызывать акатизию, слюнотечение и экстрапирамидные расстройства. В больших дозах или при повышенной индивидуальной чувствительности лечение галоперидолом может осложняться развитием злокачественного нейролептического синдрома [2].

Как и хлорпромазин, галоперидол вызывает неоднозначное и нередко негативное отношение у больных алкоголизмом и особенно у больных наркоманией, что наряду с достаточно высокой частотой возникновения побочных действий и осложнений терапии в определенной мере ограничивает его применение в наркологической практике.

### Клозапин (азалептин)

Родоначальником класса атипичных нейролептиков служит клозапин. Оценка клинических эффектов вновь появляющихся атипичных нейролептиков обычно производится в сравнении с клозапином.

Клозапин представляет собой производное дибензодиазепа.

Препарат эффективен при пероральном приеме. Лекарственные формы клозапина для парентерального применения отсутствуют.

Соотношение показателей аффинитета клозапина к дофаминовым, адрениновым и серотониновым рецепторам, в известной мере отражающее его клинические эффекты, может быть представлено в следующем виде:

$$D_4 = 1 > 5\text{-HT}_2 > D_2 = D_1.$$

Помимо аффинитета к перечисленным типам рецепторов клозапин обладает сильным сродством к холинорецепторам, что обуславливает его выраженные холинолитические свойства и (в числе прочих причин) отсутствие способности вызывать экстрапирамидные нарушения.

Клозапин обладает мощным антипсихотическим действием, включающим в себя как общий, так и селективный компоненты. Помимо антипсихотического действия, клозапин проявляет сильное седативное, общезатормаживающее и снотворное влияние.

Особенности психотропных эффектов клозапина сближают его с алифатическими производными фенотиазина, в частности с хлорпромазином.

Антихолинергические (холинолитические) эффекты, с которыми связана способность провоцировать абстинентные психозы и другие состояния помрачения сознания, выражена у клозапина еще сильнее, чем у хлорпромазина.

Принципиальное различие между клозапином и хлорпромазином заключается в способности клозапина (как и других атипичных нейролептиков) оказывать влияние на негативные (в том числе так называемые дефицитарные) симптомы шизофрении.

Несмотря на появление новых атипичных нейролептических средств, клозапин не утратил своего клинического значения до сих пор. Препарат широко используется в психиатрической практике, в первую очередь для лечения шизофрении.

Благодаря мощному антипсихотическому действию с преобладанием снотворно-седативного компонента клозапин эффективно купирует состояние психомоторного возбуждения различного генеза.

В связи с отсутствием экстрапирамидных эффектов препарат может назначаться больным с органическими заболеваниями мозга. При этом необходимо принимать во внимание, что при заболеваниях, повышающих делириозную готовность, препарат должен назначаться с осторожностью.

В наркологической практике клозапин может применяться для лечения острых интоксикационных (но не абстинентных) и хронических психозов.

Клозапин является одним из препаратов выбора для лечения затяжных расстройств сна у больных героиновой наркоманией и другими формами опиоидной зависимости. При этом препарат, в связи с выраженными холинолитическими свойствами и способностью провоцировать развитие делирия, назначается по минованию острых проявлений синдрома отмены опиоидов.

Необходимость замены бензодиазепинов и других препаратов снотворно-седативной группы нейролептиками при продолжительных расстройствах сна в постабстинентный период определяется нарастающей толерантностью к транквилизаторам и снотворным средствам и тенденцией к формированию вторичной зависимости от них. Клозапин, в отличие от хлорпромазина и других нейролептиков с преобладанием седативного действия, отличается высокой эффективностью при диссомниях в сочетании с умеренно выраженным последствием.

Благотворное действие клозапина при хронических нарушениях сна служит, по-видимому, главной причиной того, что этот препарат — практически единственный из нейролептиков — подвергается немедицинскому употреблению больными наркоманией и присутствует в сфере незаконного оборота ПАВ.

К числу серьезных недостатков клозапина, ограничивающих его клиническое применение, относится токсическое влияние, в том числе угнетающее действие на кроветворение и способность вызывать агранулоцитоз.

### Рисперидон (сперидан)

Рisperидон относится к производным бензизоксазола. Препарат представляет последнее поколение атипичных нейролептиков и относится к категории лекарственных средств, наиболее часто используемых в психиатрии в настоящее время.

Высокая антипсихотическая активность, благоприятное соотношение между лечебными и побочными эффектами и хорошая переносимость позволяют рисперидону постоянно находиться в первых строчках рейтингов различных нейролептиков [1].

Препарат обладает достаточной энтеральной биодоступностью, обеспечивающей высокую эффективность при пероральном приеме.

Рisperидон является специфическим антагонистом серотониновых 5-HT<sub>2</sub>-рецепторов и дофаминовых D<sub>2</sub>-рецепторов, проявляет умеренную антиадренергическую активность, практически не оказывающую угнетающего влияния на гемодинамику.

Препарат не обладает сродством к холинорецепторам и поэтому не проявляет нежелательных для психиатрической и наркологической практики антихолинэргических (холинолитических) свойств.

По данным Б.В. Андреева (2005 г.), основанным на результатах зарубежных исследований, антидофаминэргическое влияние рисперидона, лежащее в основе его антипсихотической активности, превосходит соответствующие эффекты галоперидола, оланзапина и кветиапина [1]. Это объясняет высокую общую и селективную антипсихотическую активность препарата, быстрое и выраженное воздействие на галлюцинаторные и бредовые синдромы.

Главным предназначением рисперидона в психиатрии является лечение шизофрении: как психозов, так и непсихотических форм болезни.

Благодаря наличию выраженного селективного компонента антипсихотического влияния рисперидон проявляет быстрое «обрывающее» действие на острые эндогенные психозы.

Одно из достоинств рисперидона — способность оказывать благотворное влияние не только на продуктивные, но и на негативные симптомы процессуальных расстройств [4].

Хорошая переносимость и относительная безопасность рисперидона позволяют успешно применять его в геронтопсихиатрической практике и в лечении психозов органического генеза.

Диапазон показаний к применению рисперидона в наркологической клинике достаточно широк.

Рisperидон применяется в лечении острых абстинентных и интоксикационных психозов, а также хронических галлюцинозов, алкогольного бреда ревности и других эндоформных психотических синдромов у больных алкоголизмом.

Благодаря отсутствию антихолинэргической активности рисперидон, в отличие от клозапина и хлорпромазина, может назначаться в период острых проявлений синдрома отмены алкоголя или синдрома отмены опиоидов без риска спровоцировать развитие делирия.

Назначение рисперидона нередко способствует улучшению течения алкоголизма, наркомании и других болезней аддиктивного круга, коморбидных с заболеваниями шизофренического спектра.

Рisperидон обладает способностью устранять дисфорические состояния у наркологических больных и смягчать психопатоподобные расстройства, выступая в роли «корректора поведения». Под влиянием рисперидона у больных наркоманией уменьшаются конфликтность и агрессивные установки, ослабляются вторичные формы болезненного влечения к ПАВ, облегчается включение в лечебные и реабилитационные программы.

Широкий спектр клинической эффективности дает основания считать рисперидон еще более «универсальным» нейролептиком, чем галоперидол. Обладая преимуществами в клинических эффектах (в частности, более выраженным антидофаминэргическим влиянием и способностью воздействовать на негативные психические расстройства), рисперидон значительно превосходит галоперидол по переносимости и безопасности.

Благоприятным свойством рисперидона для наркологических больных, многие из которых демонстрируют негативное отношение к нейролептикам, служит отсутствие

«отрицательной стигмы», которую несут на себе хлорпромазин и галоперидол.

Экстрапирамидные нарушения, связанные с приемом рисперидона, возникают редко и обычно при превышении рекомендованной дозы препарата.

Подобно другим атипичным нейролептикам рисперидон способен вызывать нейроэндокринные расстройства. При этом необходимо оговориться, что в наркологической клинике сравнительно нечасто возникают показания к длительному применению рисперидона или других антипсихотических средств, а при непродолжительном курсе лечения отмеченные неблагоприятные эффекты обычно не успевают проявиться.

Обширный перечень показаний к применению рисперидона, высокая антипсихотическая активность в сочетании с хорошей переносимостью позволяют рассматривать рисперидон в качестве оптимального нейролептика для наркологической практики.

## Список литературы

1. Андреев Б.В. Атипичные антипсихотические средства нового поколения: итоги и перспективы // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2005. — №2. — С. 3–5.
2. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
3. Надеждин А.В., Милопольская И.М., Иванов А.И., Булаев В.М. Опыт применения препарата Танакан при героиновой наркомании у несовершеннолетних // Вопросы наркологии. — 1999. — №1. — С. 52–54.
4. Сиволап Ю.П. Алкогольная болезнь мозга (к вопросу систематики металкогольных психозов) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2006. — №5. — С. 4–9.
5. Сиволап Ю.П., Савченков В.А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. — М.: Медицина, 2005. — 304 с.
6. Brust J.C.M. Neurological aspects of substance abuse. — 2nd ed. — Philadelphia: Elsevier Inc., 2004. — 477 p.
7. Nestler E.J., Malenka R.C. The addicted brain // Scientific American. — 2004. — №290. — P. 78–81.

## TO THE PROBLEM OF RATIONAL USE OF ANTIPSYCHOTIC DRUGS IN THE PRACTICE OF ADDICTIVE DISORDERS TREATMENT

SIVOLAP YU.P.

SAVCHENKOV V.A.

*The typology of mental disorders in alcohol and drug addicts on the base of criteria of origin and psychopathological belonging was offered. The problem of pharmacological resistance of drug craving and other addictive drives was considered. The indication of use of rational application of antipsychotic drugs in the practice of treatment of addictive disorders was marked out. The comparative description of clinical efficacy and side effects of chlorpromazine, haloperidol, clozapine and risperidone was represented.*