

**Латинова Нилуфар Кенжаевна**

*ассистент кафедры Фармакологии, клинической  
фармакологией и медицинской биотехнологии.*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

*Андижан, Узбекистан*

**Усманова Ферузахон Тахиржановна**

*ассистент кафедры Фармакологии, клинической  
фармакологией и медицинской биотехнологии.*

*Андижанский Государственный Медицинский Институт*

*Андижан, Узбекистан*

### **ФЕНОМЕН АМИНОФЕНИЛМАСЛЯНОЙ КИСЛОТЫ**

**Аннотация.** Аминофенилмасляная кислота (АФК) является одним из наиболее популярных отечественных транквилизаторов. Существуют самые разные мнения относительно клинического использования препарата. Взрослым пациентам он рекомендуется для лечения невротических расстройств и астенических состояний. В детском возрасте АФК рекомендуют при астенических состояниях, тревожно-фобических расстройствах (ТФР), синдроме дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), тикозных расстройствах и заикании, сенсоневральной тугоухости.

В статье подробно обсуждаются механизм действия АФК, режим дозирования, показания к применению и клинические эффекты.

**Ключевые слова:**аминофенилмасляная кислота, психиатрия, неврология.

**Latipova Nilufar Kenzhaevna**

*Assistant of the Department of Pharmacology, Clinical  
pharmacology and medical biotechnology.*

*Andijan State Medical Institute Andijan, Uzbekistan*

**Usmanova Feruzahon Takhirzhanovna**

*Assistant of the Department of Pharmacology, Clinical  
pharmacology and medical biotechnology.*

*Andijan State Medical Institute Andijan, Uzbekistan*

### **AMINOPHENYLBUTYRIC ACID PHENOMENON**

**Annotation.** *Aminophenylbutyric acid (AFK) is one of the most popular domestic tranquilizers. There are a variety of opinions regarding the clinical use of the drug. It is recommended for adult patients for the treatment of neurotic disorders and asthenic conditions. In childhood, AFC is recommended for asthenic conditions, anxiety-phobic disorders (TFR), attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), tic disorders and stuttering, sensorineural hearing loss.*

*The article discusses in detail the mechanism of action of ROS, dosage regimen, indications for use and clinical effects.*

**Keywords:** *aminophenylbutyric acid, psychiatry, neurology.*

**Актуальность.** Пожалуй, наиболее интересным из всех существующих в настоящее время в нашей стране препаратов является аминифенилмасляная кислота (АФК), известная под такими торговыми названиями, как Анвифен, Фенибут, Ноофен. АФК рассматривается в качестве ноотропного, транквилизирующего, психостимулирующего, антиагрегантного и антиоксидантного средства. Некоторые отечественные специалисты считают, что АФК улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма тканей. Соответственно, взрослым пациентам препарат рекомендуется для лечения ТФР (невротических), астенических состояний в т. ч. у больных шизофренией. Но особенно широкий круг показаний у АФК в детском возрасте. Препарат рекомендуют при ТФР, астенических состояниях, негрубых тикозных расстройствах и заикании, сенсоневральной тугоухости, СДВГ. Наконец, обсуждаются возможности использования АФК в наркологии. Так, в некоторых зарубежных публикациях сообщается о целесообразности назначения препарата больным алкоголизмом. Указывают, что АФК способствует

купированию синдрома отмены, а также редукции патологического влечения к алкоголю. При этом нервные клетки перестают выделять свои нейромедиаторы (гистамин, ацетилхолин, норадреналин, глутамат), т. е. тормозят свою основную активность. Предполагается, что это происходит из-за значительной разницы в чувствительности ГАМКБ-рецепторов. Те из них, которые располагаются на ГАМК-нейронах, очень чувствительны к ГАМК. Эти ГАМКБ-рецепторы реагируют даже на небольшое количество «своего» нейромедиатора. Напротив, те рецепторы, которые располагаются на дофаминовых нейронах, менее чувствительны к ГАМК. Они реагируют только на значительное количество «чужого» нейромедиатора. Вот почему если ГАМК мало, то первоначально снижается активность. Таким образом, у АФК есть два основных компонента механизма действия, которые имеют значение для клинического использования препарата: тормозящий Эти расстройства никогда не изучались представителями одной медицинской специальности. Напротив, в их исследовании участвовали психиатры, неврологи, кардиологи, пульмонологи. В клинической практике для лечения этих расстройств часто применяются бензодиазепины. И эта тактика представляется вполне оправданной с учетом механизма действия указанных препаратов. Однако выше уже упоминалось о том, что существуют многочисленные контингенты больных, у которых генерализованное торможение, часто связанное с гиперседацией, будет создавать определенные проблемы при проведении фармакотерапии. В этой ситуации представляется предпочтительным использовать умеренный тормозящий компонент механизма действия АФК. Лучшей переносимости терапии будет способствовать и то, что АФК (в отличие от бензодиазепинов) обладает активирующим компонентом механизма действия ( $\uparrow$ ДА). Между тем дофаминовая активность необходима для реализации функций интеллектуальной и моторной сферы как взрослых, так и детей. Именно дофаминовые нейроны отвечают за развитие мотивации,

системы подкрепления, а следовательно, целенаправленного поведения в процессе обучения любым новым навыкам. Кроме того, дофаминовые нейроны чрезвычайно важны для переключения с одной задачи на другую. Наконец, они же отвечают за эмоции, организацию точных движений и их плавность, а также регулируют эндокринную систему. АФК будет способствовать купированию побочных эффектов нейрорепараторов. При этом появится возможность снизить дозы тригексифенидила, а следовательно, и риск развития поздней дискинезии. Таким образом, показаниями для назначения АФК могут быть и некоторые расстройства, связанные со снижением активности дофаминовых нейронов и повышением — норадреналиновых и ацетилхолиновых. Интересно, однако, что свойственное АФК избирательное торможение в значительной мере препятствует ее использованию не по медицинским показаниям. Действительно, исходя из представленного выше механизма действия, препарат способен активировать дофаминовые нейроны, но только в терапевтических дозах. Именно при соблюдении этих условий АФК будет действовать на ГАМКБ-рецепторы ГАМК-нейронов, которые тормозят дофаминовые нервные клетки. Но если доза препарата возрастет, он «доберется» и до ГАМКБ-рецепторов, расположенных на дофаминовых нейронах. В результате они затормозятся и перестанут выделять дофамин. Между тем одним из наиболее важных механизмов формирования зависимости является возможность повышения дозы вещества для того, чтобы преодолеть толерантность к нему или привыкание к его эффектам. В свою очередь это приводит к тому, что АФК, даже в условиях полного отсутствия какого-либо врачебного контроля, остается безопасным препаратом. Случаи развития серьезных осложнений (гиперседация, синдром отмены) при использовании АФК не по медицинским показаниям достаточно редки, а смертельные исходы не встречаются во все представленные данные о механизме действия АФК позволяют высказать и

некоторые соображения относительно преимуществ и недостатков различных препаратов, содержащих рассматриваемое действующее вещество. Так, преимущества избирательного торможения позволяют использовать АФК у больных самого разного возраста (включая детей с 3-х лет), а также при большом числе патологических состояний. Вот почему представляется весьма удобным пользоваться таблетками, которые содержат разное количество АФК. В этом случае создаются оптимальные возможности для индивидуального подбора доз. Именно таким требованиям соответствует препарат Анвифен. Он выпускается в дозах 50 и 250 мг. В то же время остальные препараты, содержащие АФК в качестве действующего вещества, доступны только в самой высокой из перечисленных дозировок.

### **Список литературы**

1. Шахова Е.Г. Результаты комплексного лечения больных сенсоневральной тугоухостью с применением Фенибута // Российская оториноларингология. 2008. № 1(32). С. 22–25
2. Лукушкина Е.Ф., Карпович Е.И., Чабан О.Д. Аминофенилмасляная кислота (Анвифен): клинико-фармакологические аспекты и опыт применения в детской неврологии // РМЖ. 2014. № 3. С. 228-231
3. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А. и др. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с затяжными тревожно-фобическими расстройствами // Терапевтический архив. 2014. № 12. С. 61–65
4. Бойко Н.И., Прощаков К.В. Особенности применения препарата Ноофен в лечении мужчин с эректильной дисфункцией // Андрология и сексуальная медицина. 2009. № 1–2(4–5). С. 37–40
5. Тяглова И.А. Астенический синдром в клинике эндогенных заболеваний // Психиатрия. 2010. № 1. С. 43-47