Как известно, под термином "эмоции" понимается вид психической деятельности, представляющий собой реакции в виде субъективно окрашенных переживаний индивида, отражающие значимость для него воздействующего раздражитель или результата собственных действий. Филогенетически эмоции являются наиболее древней психической функцией, происходящей от основных инстинктов, поэтому морфологическим субстратом эмоций считаются такие образования как гипоталамус, таламус, лимбическая система [7]. Филогенез эмоций по Рибо представлен 4 периодами (уровнями

1. уровень раздражимости, когда клетка или ткань отвечают на внешнее воздействие изменением своего состояния
2. уровень реагирования по типу реакции "удовольствие-неудовольствие"
3. уровень возникновения примитивнейших эмоций, таких как боль, страх и т.д.
4. уровень возникновения высших, эпикритических эмоций - эстетических, этических.

Биохимическим субстратом эмоционального реагирования являются медиаторы ЦНС активирующего типа, такие как норадреналин (НА), серотонин (С), и гамма-аминомасляная кислота, представляющая собой тормозной медиатор [2, 7].

Депрессивные состояния обусловлены нарушением НА и С обмена. Когда эти биогенные амины не инактивируются и могут накапливаться в синапсе - проведение возбуждения по синапсам ЦНС восстанавливается и депрессия купируется [2].

На этом основан механизм действия антидепрессантов - за счет улучшения проведения по синапсам, которое достигается либо инактивацией моноаминооксидазы (МАО), либо блокированием обратного нейронального захвата. Первую функцию выполняют ингибиторы МАО, вторую - так называемые ингибиторы обратного нейронального захвата или трициклические антидепрессанты [1, 2].

История открытия антидепрессантов (АД) связана с 1957 годом, когда было обнаружено эйфоризирующее действие производных гидразина изоникотиновой кислоты имипрамина (первый представитель трициклических АД) и ипрониазида (первый из группы ингибиторов МАО).

***Современная классификация АД*** [1] включает в себя:

***1. ингибиторы МАО***

*а) необратимые*

ипрониазид

ниаламид (нуредал)

Существенным побочным эффектом этих АД является так называемый "сырный" синдром, связанный с нарушением дезаминирования тирамина, содержащего в сыре, бобовых, копченостях, вине и проявляющийся повышением артериального давления по типу гипертонических кризов, а также токсическим действием на паренхиматозные органы - печень, почки.

*б) обратимые*

пиразидол

тетриндол

индопан

бефол

***2. Ингибиторы обратного нейронального захвата***

*а) неизбирательные*

амитриптилин

азафен

мапротилин (лудиомил)

имизин (мелипрамин, тофранил)

кломипрамин (анафранил)

*б) избирательные*

флуоксетин (прозеп)

флувоксамин

сертрамин (золофт)

тразозон

***3. Разных групп***

а) сиднофен

б) цефедрин

Существуют также ***клиническая классификация АД:***

***А. АД седативного типа действия***

амитриптилин

азафен

мапротилин (лудиомил)

флуоксетин

сертралин

флувоксамин

тразодон

***Б. АД стимулирующего действия***

имизин

кломипрамин

цефедрин

сиднофен

ниаламид

***В. Промежуточные***

пиразидол

Говоря о некоторых препаратах, в частности, амитриптилине, типичном представителе АД седативного типа действия, следует сказать, что помимо его обычного применения в психиатрической практике, его можно с успехом использовать в терапии соматических заболеваний [1, 5, 6]. Как известно, многие соматические заболевания сопровождаются различного рода психическими нарушениями среди которых условно выделяют так называемые преневротические (нарушения сна, кошмары, сноговорение, тики, навязчивости) и вегетодистонические (головокружение, головные боли, сердцебиение, одышка, гиперемия кожи при волнении, отрыжка воздухом). Естественно, что обращение к психиатру по поводу этих проявлений покажется больному нецелесообразным, поэтому каждый из врачей поликлинической сети должен владеть методикой лечения психосоматических расстройств. Явления эти легко купируются путем добавления к обычной схеме лечения заболевания АД в небольших (в 1/4-1/8 от обычных дозировок, принятых в психиатрии) дозах. Рассмотрим некоторые заболевания, при которых применение АД является наиболее оправданным.

*Кардиологическая патология*: дистонии, нарушения ритма, кардиалгии, пролапс митрального клапана. Больные с данными заболевания обычно легко возбудимы, сенситивны, ипохондричны, у них повышены тревожность, неуверенность в себе, раздражительность [3]. Основу терапии здесь должны составлять мероприятия по стабилизации вегетативного статуса (режим, адекватные нагрузки, аутопсихотерапия), из АД предпочтение следует отдать амитриптилину в небольших дозировках (0,05-0,01 г/сут), который является наиболее мощным препаратом седативного типа действия. Преимуществами амитриптилина являются то, что его можно сочетать с любыми другими психотропными препаратами и давать перед сном. Следует, однако, помнить, что из-за его выраженной холинолитической активности, ограничением к его применению являются глаукома, гипертрофия простаты, атония мочевого пузыря и ГБ III [4, 5].

Если психические нарушения выражены нерезко, среди них преобладают тревожность и страх, а не собственно снижение настроения, то лучше назначить "мягкий" АД азафен, который по силе своего противотревожного действия несколько уступает амитриптилину, но у него нет холинолитической активности, нет кардиотоксического эффекта и поэтому он более удобен для амбулаторной практики. Азафен назначают по 0,025 г 2 р/сут в течение 2-4 недель. Можно также применить флуоксетин (продеп), избирательно тормозящий обратный захват серотонина и мало влияющий на дофаминергический обмен, однако следует помнить, что нельзя употреблять алкогольные напитки при лечении продепом, а также параллельно назначать фуразолидон, т.к. это угрожает возникновением серотонинергического синдрома - возникает спутанность сознания, гипомания, тремор, беспокойство, озноб. Продеп назначают по 20 мг (1 капсула) в день в течение 1-4 недель [2, 5].

При *патологии желудочно-кишечного тракта* (хронический гастрит, ЯБЖ и ЯБДК, хронический гастродуоденит) гастроэнтерологами широко признается необходимость включения в традиционную терапию психотропных средств, т.к. при сравнительном изучении эффективности лечения у гастроэнтерологических больных назначение только базисных препаратов оказалось неэффективно (Гамерова Г.С., Быстров В.Н., 1987). Антидепрессанты назначаются в небольших дозах, но длительно. Положение осложняется тем, что эти препараты могут оказывать токсическое действие на органы пищеварения, поэтому при данном виде патологии предпочтительны «мягкие» АД активирующего типа действия и современные АД избирательного типа действия с минимумом побочных эффектов. Можно использовать пиразидол, который является обратимым ингибитором МАО и одновременно тормозит обратный захват норадреналина, обладая выраженным активирующим компонентом и одновременно - ноотропной активностью, его назначают по 0,025 г 2 р/сут курсами по 2-4 недели, после чего постепенно снижают дозу. Т.к. пиразидол не обладает антихолинергической активностью, то его можно назначать и больным с глаукомой. Мапротилин (людиомил) - также показан при данном виде патологии, он обладает умеренным холинергическим действием, помимо антидепрессивного эффекта у него, в отличие от пиразидола, присутствует седативный компонент, поэтому назначают его при раздражительности, страхах, бессонице по 10 мг 2-3 р/сут, преимущественно во второй половине дня. Ввиду холинолитического действия побочными эффектами мапротилина могут быть запоры, сухость во рту, тахикардия [5].

Таким образом, рассмотрев механизмы действия АД и определив их место в медикаментозной терапии (вспомогательной) наиболее часто встречающихся психосоматических расстройств, в завершение следует привести также перечень случаев, когда врачу общей практики необходимо пригласить к больному специалиста по психическим расстройствам: 1) органические соматические заболевания, осложнившиеся психосоматическими отклонениями (нарушения поведения, галлюцинации, бред) 2) соматические заболевания у больных с неблагополучными социальными условиями, с выраженными психическими отклонениями 3) инвалидность, связанная с тяжелым физическим дефектом, вызвавшая депрессию и суицидальные мысли 4) соматическое заболевание с высоким риском летального исхода.

Во всех остальных случаях врач-терапевт, владеющий основами психофармакологии может сам корригировать схему базисной терапии.

***Использованная литература.***

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. - М.: Медицина, 1981. - 496 с.
2. Вальдман А.В., Звартау Э.Э., Козловская М.М. Психофармакология эмоций. М.: Медицина, 1976. - 327 с.
3. Коган-Ясный В.М. Сердце и вегетативная система // Клиническая медицина. - 1932. - № 13-16. - С. 498-509.
4. Лечение функциональных психогенных нарушений деятельности сердца. Научный обзор под ред. И.К. Шхвацабая. - М.: ВНИИМИ, 1980. - 74 с.
5. Райский В.А. Психотропные средства в клинике внутренних болезней. - М.: Медицина, 1982. - 192 с.
6. Boyer P., Guelfi J.D. Troubles somatiques et etats depressifs // Ann. med.-psychol. - 1978. - Vol. 136. - P. 549-561.
7. Izard C.S. Human emotions. - New-York-London: Plenum Press. - 1977. - 495 p.