

Ю. Н. Астапов, А. Р. ЧайковскийГлавный военный клинический медицинский центр
Министерства обороны Украины (г. Киев)**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА АФОБАЗОЛ ПРИ ТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ**

Интерес к невротическим нарушениям был и остается большим в связи с острой актуальностью проблемы и продолжающимся ростом их числа. Причина этого — в сочетании многочисленных факторов современных социальных условий, оказывающих значительное влияние на формирование клиники неврозов (F 40 — F 48).

В условиях военной службы проблема невротических расстройств является одной из наиболее актуальных [1]. Основной процент в структуре увольняемости из Вооруженных Сил по классу нервных и психических заболеваний приходится именно на эту нозологическую группу. [2, 4]. Это обуславливает необходимость поиска новых научно-методологических подходов в диагностике, лечении и профилактике невротических расстройств [3, 5].

Основой патогенеза невротического состояния является нарушение интегративной деятельности над-сегментарных вегетативных структур (лимбико-ретикулярного комплекса), в результате которого развивается дезинтеграция вегетативных, эмоциональных, сенсомоторных, эндокринно-висцеральных соотношений, а также цикла сон — бодрствование. Чаще всего невротический синдром выражается сочетанием полиморфных дисфункциональных симптомов, входящих в структуру невротического состояния. Одним из облигатных и значимых клинических проявлений при этом являются эмоциональные расстройства в виде немотивированной тревоги, общей слабости, раздражительности. При актуализации и углублении невротической симптоматики возникает полисистемная дезинтеграция в виде слабости, раздражительности, трудности засыпания; внутреннего напряжения, утомляемости, головной боли; неустойчивого и пониженного настроения, плаксивости, отсутствия бодрости, поверхностного сна; тревоги, упадка физических сил, непереносимости нагрузок, неприятных ощущений; навязчивых страхов и мыслей.

Была поставлена цель разработать и апробировать терапевтическую программу, ориентированную на фармакологический аспект терапии военнослужащих, страдающих невротическими расстройствами.

Объект исследования — группа военнослужащих срочной службы (30 человек) с невротическими расстройствами (НР) и субклиническими проявлениями невротических расстройств (СПНР).

Предмет исследования — клинические проявления (НР) и (СПНР) у военнослужащих срочной службы.

Методы исследования: клинический, клинко-психопатологический, экспериментально-психологический, статистический.

При выборе терапевтической стратегии при лечении невротических расстройств крайне важным является учет одного из основных симптомов — тревоги.

Базовыми анксиолитиками, как известно, являются производные бензодиазепа, именно с ними связан

прорыв в лечении тревоги, невротических расстройств. Их универсальность связана с потенцирующим действием на систему главного медиатора торможения ЦНС — ГАМК путем аллостерического модулирования бензодиазепиновыми рецепторами ГАМК-ионохлорного комплекса. Облегчение пре- и постсинаптического хлорного тока приводит соответственно к развитию пре- и постсинаптического торможения нейронов. С этим механизмом связано как терапевтическое, так и побочное действие, ограничивающее применение этих препаратов (седация, снижение мнестических способностей, внимания, памяти, развитие зависимости, излишняя миорелаксация и др.).

Препаратом, у которого перечисленные побочные эффекты практически отсутствуют, является Афобазол — производное 2-меркаптобензимидазола, селективный анксиолитик, не относящийся к классу агонистов бензодиазепиновых рецепторов. Афобазол обладает анксиолитическим действием, не сопровождающимся в широком диапазоне доз гипноседативными эффектами, миорелаксантами свойствами и негативным влиянием на показатели памяти и внимания. При его применении не возникает седации, не формируется лекарственная зависимость и не развивается синдром отмены. Действие препарата реализуется преимущественно в виде сочетания анксиолитического (противотревожного) и легкого стимулирующего (активирующего) эффектов.

В исследование, которое проводилось на базе клиники психиатрии Главного военного клинического госпиталя МО Украины, принимало участие 30 человек (военнослужащих срочной службы). В клинической картине доминировали нарушения, подпадающие под диагностические критерии «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства». При подборе больных использовались классические диагностические критерии. Все соответствовали рубрикам F 40 — F 48. Из исследования исключались лица с выраженными чертами акцентуации характера, интеллектуальным снижением.

В структуре основного синдрома доминировал астено-невротический, характерными жалобами являлись: общая слабость, повышенная утомляемость, внутреннее напряжение, тревога, неустойчивость настроения в сторону снижения, нарушения сна, вегетативные дисфункции. Для определения количественной составляющей имеющихся симптомов проводилась оценка субъективной выраженности их в баллах по специально разработанным нами опросникам, а также оценочной шкале тревоги Гамильтона, шкале общего клинического впечатления. В ходе исследования использовалась специально разработанная «Карта исследования», позволявшая достаточно полно в динамике проследить изменения, которые подвергались статистической обработке и анализу. С этой целью в «Карте-опроснике» определялась условная

выраженность отдельных симптомов, степень которой могла варьировать от 0 (отсутствие) до 3-х баллов (максимальная выраженность).

Указанный метод позволил получить числовые оценки для исходной нечисловой информации, смоделировать дефицит информации, снять проблему несравнимости некоторых объективных данных и применить уровневый подход, для оценки психического состояния военнослужащих с преневротическими — невротическими расстройствами.

Для комплексной оценки выраженности невротической симптоматики и сравнительной оценки эффективности терапии вычисляли средний показатель выраженности симптома (СПВС). Это позволило оценить динамические изменения редукции симптомов в процессе терапии.

При экспериментально-психологическом исследовании для измерения тревоги как одного из возможных признаков НР использовалась шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера (Spielberger C. D.), адаптированная Ханиным Ю. Л. [7].

Исследование дифференциальной самооценки функционального состояния проводилось при помощи опросника «Самочувствие, активность, настроение» (САН) [6], предназначенного для диагностики временных, преходящих и субъективно оцениваемых состояний и настроений. При этом три основные составляющие функционального психоэмоционального состояния — самочувствие, активность и настроение, между которыми существует континуальная последовательность промежуточных значений, в процессе лечения претерпевают динамические изменения.

Для оценки результатов лечения использовалась клиническая шкала эффективности психотерапии (Карвасарский Б. Д., 1999).

Лечение Афобазолом проводилось в виде монофармакотерапии, назначались таблетки (10 мг) 3 раза в день — утром, днем и вечером, после еды. Суточная доза не превышала 30 мг. Продолжительность терапии составляла 30 дней. Состояние больных оценивалось до начала терапии, на 15-й и 30-й дни лечения.

Субъективное улучшение состояния пациентов отмечалось с 5—7 дня от начала терапии Афобазолом, максимальный эффект достигался, как правило, к концу 4-й недели лечения.

Показатели уровня реактивной тревожности с вычислением СВПС в баллах по личностному опроснику Спилбергера — Ханина и достоверность динамических изменений в процессе лечения отображены в таблице 1 и на рис. 1.

Проводя анализ изменений средних показателей реактивной тревожности, можно отметить достоверную позитивную динамику на протяжении лечения:

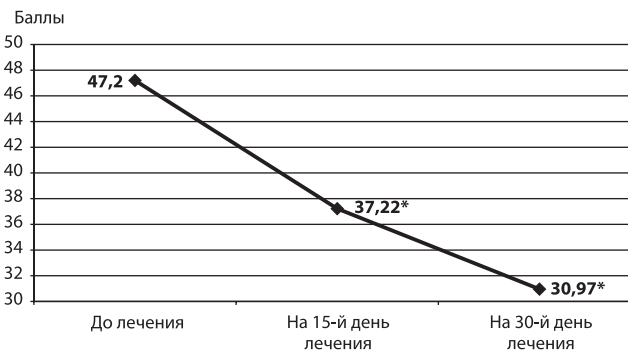
с $47,20 \pm 0,51$ балла в начале терапии до $37,22 \pm 0,57^*$ после 15-го дня лечения и $30,97 \pm 0,67^*$ к концу лечения.

Под влиянием терапии через 30 дней отмечалось достоверное уменьшение количественной представленности невротической симптоматики.

Таблица 1

Уровень средних величин реактивной тревожности и достоверность изменений в процессе лечения

Уровень реактивной тревожности, баллы	T	P
до лечения		
на 15-й день лечения	2,10	0,03
на 30-й день лечения	2,10	0,04



Примечание: * — $p < 0,05$ — достоверность относительно показателя до лечения

Рис. 1. Динамика показателей уровня реактивной тревожности

Показатели уровней самочувствия (С), активности (А), настроения (Н) с вычислением средних величин в баллах по личностному опроснику САН и достоверность их динамических изменений исследовались в начале и в процессе лечения. Динамические изменения их приведены в табл. 2 и на рис. 2.

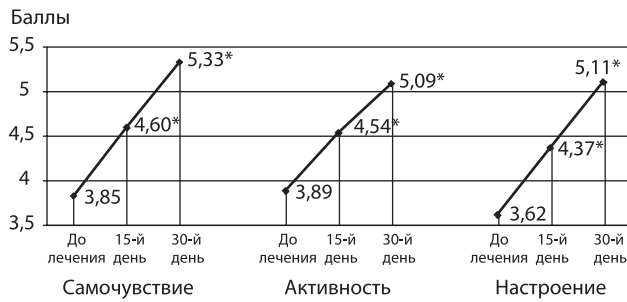
Проводя анализ средних величин шкал САН в основной группе, можно отметить достоверную позитивную динамику на протяжении всего лечения. По шкале «самочувствие» — с $3,83 \pm 0,05$ до $4,60 \pm 0,06^*$ на 15-й день, а к концу лечения (30 день) — до $5,33 \pm 0,06^*$. По шкале «активность», соответственно с $3,89 \pm 0,04$ до $4,54 \pm 0,05^*$ к 15-му дню и $5,09 \pm 0,05^*$ к концу лечения. По шкале «настроение» — с $3,62 \pm 0,04$ до $4,37 \pm 0,04^*$ на 15-й день, а концу лечения — до $5,11 \pm 0,05^*$.

После лечения показатели шкал были достоверно выражены: «самочувствие» $5,33 \pm 0,06^*$; «активность» $5,09 \pm 0,05^*$ и «настроение» $5,11 \pm 0,05^*$.

Таблица 2

Динамика средневеличинных показателей шкалы САН в процессе лечения

Группы	До лечения	На 15-й день лечения	T	P	На 30-й день лечения	T	P	
Основная n = 30	С	$3,83 \pm 0,05$	$4,60 \pm 0,06$	-2,98	0,04	$5,33 \pm 0,06$	-2,18	0,03
	А	$3,89 \pm 0,04$	$4,54 \pm 0,05$	-2,04	0,04	$5,09 \pm 0,05$	-2,20	0,03
	Н	$3,62 \pm 0,04$	$4,37 \pm 0,04$	-2,16	0,03	$5,11 \pm 0,05$	-2,25	0,03



Примечание: * — $p < 0,05$ — достовірність відносно показателя до лікування

Рис. 2. Графічне зображення динамічних змін середньовеличинних показників по шкалам САН в ході лікування

Окончателные результаты лечения в исследуемых группах оценивались согласно классическим клиническим критериям, которые содержали следующие параметры: практическое выздоровление, улучшение, без улучшения, ухудшение. Клинические критерии эффективности лечения отражены в табл. 3

Таблица 3
Клинические критерии эффективности лечения

Критерии эффективности лечения	Количество пациентов (n = 30)	
	абс.	%
Практическое выздоровление	21	70
Улучшение	8	26,7
Без изменения	1	3,3
Ухудшение	—	—

Побочных явлений при приеме препарата выявлено не было.

Полученные результаты позволили сделать следующие выводы.

1. При терапевтическом применении Афобазола наблюдалась достоверная динамика редукции невротической симптоматики, при отсутствии побочных эффектов. Следует также отметить хорошую переносимость препарата.

2. Терапия с использованием Афобазола повышает эффективность лечения невротических расстройств у военнослужащих.

3. Афобазол можно рекомендовать для лечения различного уровня невротических расстройств у военнослужащих в общесоматической практике, как достаточно эффективный, не вызывающий седации, миорелаксации, привыкания и синдрома отмены препарат.

Список литературы

1. Плотникова А. Г., Гахов А. М., Коваленко В. В. Анализ психоневрологической заболеваемости военнослужащих срочной службы // Архив психиатрии. — 1995. — № 9. — С. 171.
2. Уразов С. Х., Доровских И. В. Ситуационные реакции дезадаптации у военнослужащих срочной службы // Социал. и клин. психиатрия. — 1998. — № 2. — С. 25—30.
3. Палатов С. Ю. Психические расстройства у призывников и солдат (клинико-эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии. — 1999. — № 8. — С. 16—20.
4. Белинский А. В., Чернев О. Е., Шакула А. В. Особенности диагностики и медицинской реабилитации при пограничных нервно-психических расстройствах у летного состава // Воен.-мед. журнал. — 1997. — № 2. — С. 51—57.
5. Марута Н. А., Чабан О. С. Современные факторы патоморфоза невротозов // Український вісник психоневрології. — 1996. — Вип. 2. — С. 177—178.
6. Шкала самооценки (Спилбергера Ч. Д. и Ханина Ю. Л.) // Альманах психологических тестов / Под ред. Р. Р. и С. А. Римских. — М.: КСБ, 1995. — С. 156—158.
7. Опросник САН // Там же. — С. 154—155.

Надійшла до редакції 20.08.2007 р.

Ю. Н. Астапов, А. Р. Чайковський

Використання препарату Афобазол при терапії невротичних розладів у військовослужбовців строкової служби

Головний військовий клінічний медичний центр
Міністерства оборони України
(м. Київ)

Узагальнені дані клінічного дослідження нового небензодіазепінового анксиолітика Афобазол при терапії невротичних розладів у військовослужбовців строкової служби. Дія Афобазолу чітко спостерігається на 5—7 день прийому препарату. Ефективність лікування у вигляді практичного одужання виявлена у 70 % хворих, у 26,7 % — як поліпшення, у 3,3 % — без зміни. Побічних проявів у препараті не виявлено. Після припинення прийому Афобазолу не формувалася залежність і не розвивалися синдроми відміни.

Ю. Н. Astapov, A. P. Chaykovskiy

Using of preparation of Afobazol for therapy of neurotic disorders in men of military service

The Main military clinical medical Center
of the Department of Defense of Ukraine
(Kyiv)

Information of clinical research new unbenzodiazepin anxiolytic Afobazol at therapy of neurotic disorders in men of military service. The action of Afobazol is expressly traced on 5—7 day of reception of preparation. Efficiency of treatment as practical convalescence is exposed at 70 % patients, at 26.7 % — as a substantial improvement at 3.3 % — without a change. By-effects it is not exposed at preparation. After stopping of reception of Afobazol dependence was not formed, and the syndromes of abolition did not develop.