

Мышкина Ю.В., Лагунова Е.С.

ПСИХОВЕГЕТАТИВНЫЙ СТАТУС И ЕГО КОРРЕКЦИЯ АФОБАЗОЛОМ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ (СПА)

Кировская государственная медицинская академия,
кафедра неврологии, нейрохирургии
и медицинской генетики

Зав. кафедрой: профессор Б.Н. Бейн

Научный руководитель: к.м.н. Н.Е. Драверт

Цель. Оценка психовегетативного статуса и его коррекция афобазолом у больных с синдромом позвоночной артерии.

Задачи. 1) Исследовать клинико-неврологические, психо-эмоциональные и личностные особенности у больных СПА с использованием тестов. 2) Сравнить полученные данные с результатами обследо-

вания здоровых людей. 3) Оценить влияние афобазола на психовегетативный статус у больных СПА

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 46 пациентов стационара (12 мужчин и 34 женщины) с установленным диагнозом вертеброгенного синдрома позвоночной артерии в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст $46,41 \pm 11,51$ лет). Часть из этих пациентов (16 человек) дополнительно к стандартной терапии (НПВС, вазоактивные, витаминные препараты, массаж) получала анксиолитик афобазол по 10 мг 3 раза в день в течение 3 недель. 16 здоровых добровольцев (8 женщин и 8 мужчин), в возрасте от 23 до 57 лет без клинических проявлений дорсопатии шейного уровня составили контрольную группу. Методы исследования: клинико-anamnestическое обследование, исследование уровня тревожности (тест Ч.Д. Спилберга в модиф. Ю.Л. Ханина), исследование уровня депрессии (шкала Цунга в модификации Т.И. Балашовой), комплексный болевой опросник, опросник Вейна (исследование уровня вегетативной дисфункции), тест Кэттелла (исследование свойств личности) до и после курса лечения. Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0 (Statsoft, США). Различия между группами считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и выводы. Клинические проявления синдрома позвоночной артерии проявлялись субъективными симптомами: цервикокраниалгией (100%), головокружением, ушным шумом (93%); зрительными нарушениями (87%); объективными симптомами: напряжение мышц шеи (93%), непостоянный нистагм (78%), болезненность при пальпации паравертебральных точек шеи (75%), ограничение объема движений в шейном отделе позвоночника (71%), пошатывание в позе Ромберга (60%), положительный симптом Нери (40%). Для всех обследованных больных характерно повышение уровня реактивной (49,48) и личностной (51,67) тревоги, а также наличие легкой депрессии невротического генеза. У больных с СПА также выявлено статистически значимое повышение уровня вегетативной дисфункции (40,13). При тестировании по личностному опроснику Кэттелла наблюдалось достоверное повышение показателей по шкале «G» (высокая нормативность поведения) и по шкале «O» (тревожность). При корреляционном анализе обнаружена умеренная зависимость уровней реактивной тревожности и депрессии от выраженности боли (коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r) 0,54 и 0,37 соответственно, $p < 0,05$). При повторном исследовании после курса лечения с применением афобазола выявлено достоверное снижение уровня реактивной тревоги с 52,50 до 42,75 баллов, тогда как в группе сравнения, получавшей стандартный курс лечения без применения афобазола статистически значимых изменений уровня тревожности до и после курса лечения не выявлялось. Побочных эффектов при использовании афобазола выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют, что афобазол является эффективным и безопасным средством для снижения тревожности этого контингента больных.