

Неврологиялық бұзылулары бар емделушілерде үрейлі жағдайлардың терапиялық практикасында күндізгі анксиолитиктерді қолдану тәжірибесі.

Жусупова А.С., Таутанова Р.С., Калиниченко З.К., Смагул Н.Б.

Функционалдық невротикалық бұзылулар, психовегетативті бұзылулар бүгінгі күнге дейін пікірталастардың мәні болып қала береді, әлі күнге дейін осы жағдайлардың терминологиясына бірыңғай көзқарас жоқ. Клиникалық практикада "невроз" [1], "вегетативті дистония", "вегетоневроз", "нейроциркуляторлы дистония" [2], "психосоматикалық бұзылулар" және т. б. әртүрлі терминдер қолданылды. АХЖ-10-да "соматоформды бұзылулар" термині қолданылады, ол үшінші, содан кейін және төртінші рет американдық психиатриялық қауымдастықтың жіктемесін қайта қарау кезінде қабылданды, олар органикалық негізі жоқ соматикалық бұзылулар түсініледі.[4] Соматика және психиканың ішкі байланысы туралы ежелгі медицина кезінде айтылған. Қазіргі таңда адамдардың психозмоционалдық асқын кернеуіне әкелетін қазіргі өмірдің объективті шынайылығы психопатологиялық көріністерді бағалауды және оларды түзету әдістерін жетілдіруді талап етеді.

Психопатологиялық, сондай-ақ әртүрлі соматикалық бұзылулардың құрылымына кіретін ерекше емес феномендердің ең көп тараған санына – үрей жатады [5]. Үрей-белгісіз жағдайларды күтуде кенеттен пайда болатын қауіптілік сезімі [6]. Бұл ретте уайымдар осы объектілер мен жағдайлардың нақты қауіпмен мүлдем өлшеусіз дәрежеде көрініс табады. Әлемде әйелдердің 10-нан 26% - ға дейін және ерлердің 5-тен 12% - ға дейін алаңдаушылық пен депрессия бастан кешуде [7,8]. Үрейлі жағдайларды емдеу ерекше фармакотерапияны қолдануды талап етеді. Үрей синдромы бар психозмоционалдық бұзылуларды түзетудің пәрменді әдісі адекватты анксиолитиканы қолдану болып табылады. Осындай дәрілік заттардың бірі-фармакологиялық белсенділіктің түпнұсқалық спектріне ие, анксиолитикалық әсерді жанама әсерлердің аз білінуі және уыттылығы төмен болған кезде белсендіруші және антидепрессивті компоненттермен үйлестіретін, сондай-ақ ұйықтататын әсерге ие емес Гидазепам бензодиазепин қатарының күндізгі транквилизаторы болып табылады [9].

Біз АХЖ-10 өлшемдеріне жауап беретін невротикалық аралас үрейлі-депрессивті бұзылулары бар пациенттерді емдеуде Гидазепам тиімділігін бағалау мақсатында жұмыс жүргіздік.

Материал және әдістер

Зерттеуге әртүрлі неврологиялық аурулары бар, мазасыздық деңгейі жоғары, ұйқының бұзылуы, дүрбелең шабуылдары бар пациенттер енгізілген. Пациенттерді бақылау неврологиялық стационар жағдайында және аудандық емхананың невролог кабинетінде жүргізілді. Жұмыстың негізіне емделгенге дейін және одан кейін қатысушыларға сауалнама жүргізу арқылы клиникалық зерттеу нәтижелері, сондай-ақ препаратты қабылдаудың жанама әсерлерін болдырмау үшін жалпы клиникалық зертханалық зерттеу нәтижелері алынды.

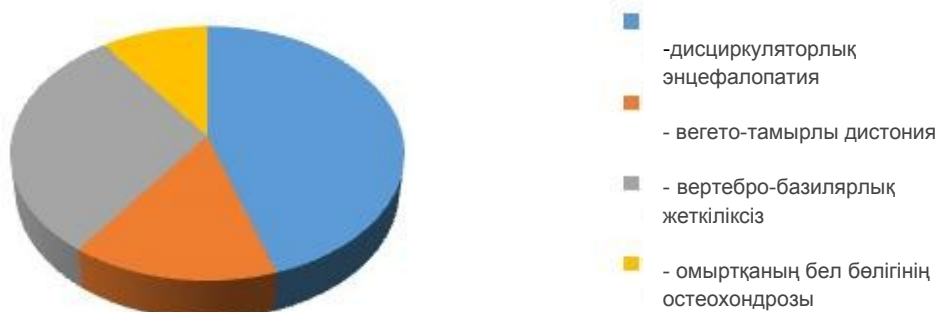
Клиникалық зерттеу. Зерттеуге үрейлену мен мазасыздық сезіміне, психогенді сипаттағы бас ауыруына, дүрбелең шабуылына, ұйқының бұзылуына шағымдары бар 20 пациент қатысты. Оның ішінде амбулаторлық қабылдау-11 пациент, неврологиялық стационардан-9 пациент, бұл пайыздық қатынаста тиісінше 55% және 45% құрайды. Жыныстық белгісі бойынша топ келесідей бөлінді: 5 ер адам (22,2%), 15 (77.8%) - әйелдер. Пациенттердің орташа жасы 50.9 жасты құрады (ерлер арасында-46.8 жас, әйелдер арасында-52.1 жас) және 24-тен 77 жасқа дейінгі ауқымында ауытқиды. Нәсілдік ерекшелігі бойынша азиялық популяцияның өкілдері 38.9% және 61.1% - славяндар құрады. (1-кесте)

1-кесте. Зерттелетіндерді жасы, жынысы, бақылау түрі бойынша бөлу.

Мәні	Жасы			Жынысы		Бақылау түрі	
	Жас	Орташа	Егде жасты	Ер	Әйелдер	Амбулаториялық	Стационарлық
Абсолюттік	6	8	6	5	15	11	9
Пайыздық	30%	40%	30%	22.2%	77.8%	55%	45%

Зерттеу барысында 66,7% некеде тұратыны анықталды, ал 33,3% некеде тұрмайтын адамдар, жесір және жалғыз басты адамдар. Зерттелетіндердің 44,44% орта білімі бар, 66,56% жоғары оқу орындарын бітірген. Зерттелетін топтағы емделушілердің көпшілігі зейнеткерлер 38,9%, жұмыс істейтіндер 33,4% және жұмыссыздар 27.7% құрады.

Зерттеуге қатысушылар арасында дисциркуляторлық энцефалопатия (мидың созылмалы ишемиясы) диагнозы бар пациенттер – 44.4% басым болды, вертебро-базиллярлы жетіспеушілігі 27.7%, вегетативті дисфункция синдромы 16.7%, омыртқаның бел бөлігінің остеохондрозы 11.2% - дан артық болды.



1-сурет. Диагноз бойынша топты бөлу

Үрейлену деңгейін бағалау үшін Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. өзін-өзі бағалау шкаласы, сондай-ақ госпитальдық үрей және депрессия шкаласы (HADS) қолданылды. С.Д. Спилбергер мен Ю. Л. Ханиннің (Спилбергер Ханиннің үрейленуіне арналған тест) өзіндік бағалау шкаласына (жоғары, орташа, төмен үрейлену) сүйене отырып, мазасыздану деңгейін анықтайды. Госпитальдық үрей және депрессия шкаласы (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) 1983 жылы әзірленді. (Zigmond A.S, Snaith R.P.) Шкала 14 сұрақтан тұрады: үрей белгілерін анықтау үшін жеті және депрессия деңгейін бағалау үшін жеті. Бұл депрессия анықтау үшін ең қысқа, бірақ тиімді шкалалардың бірі. Мәтіннің баспа нұсқасын толтырудың және баллдарды есептеудің жалпы уақыты – 2 – 5 минут. HADS соматикалық емес симптомдарға назар аударады, сондықтан ол физикалық денсаулық елеулі проблемалар бастан адамдарда депрессия диагностикасы үшін пайдалануға болады.

Терапия ретінде бензодиазепин туындысы болып табылатын анксиолитикалық әсері бар Гидазепам транквилизатор таңдалды. Анксиолитикалық және белсендіруші әсерді антидепрессантты қасиеттері бар біріктіреді, бұл ретте өте төмен уыттылық пен жанама әсерлердің минимумына ие болады. Препарат селективті анксиолитик және күндізгі транквилизатор ретінде әрекет етеді. Басқа бензодиазепиндерден белсендіретін әсермен және әлсіз айқын миорелаксантты әсермен ерекшеленеді.

Осы зерттеу үшін доза күніне 2 рет 20 мг құрады. Препаратпен емдеу курсы 30 күнді құрады. Зерттеудің барлық қатысушылары Гидазепамды қабылдау басталғанға дейін, препаратты қабылдау 7 тәулігінде және емдеу курсы аяқталғаннан кейін сауалнама жүргізілді.

Зертханалық тексеру АЛТ және АСТ деңгейін емдеу курсы аяқтағанға дейін және одан кейін анықтауды қамтиды. Осы көрсеткіштер препараттың фармакокинетикалық ерекшеліктері мен жанама әсерлерін ескере отырып таңдалған.

Зерттеу және талқылау нәтижелері.

Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. өзін – өзі бағалау шкаласына сәйкес 45 және одан да көп балл сомасы үрейленудің жоғары деңгейін сипаттайды, 31-тен 44 балға дейін ауқым үрейленудің орташа деңгейіне сәйкес келеді, және 30 балдан төмен-үрейленудің төмен деңгейі. Бастапқы сауалнамада емделушілердің 100% жоғары алаңдаушылық байқалды, орташа балл – 57.2 құрады. Екінші сауалнамада тексерілушілердің 66.7% - ында жоғары алаңдаушылық байқалады, орташа балл 47,23-ге дейін төмендеді, бұл бұрынғысынша жоғары алаңдаушылық деңгейіне сәйкес келеді. Соңғы бағалауда емделушілердің 11.1% - да ғана жоғары алаңдаушылық сақталды, ал қалғандар 88.9% - да орташа алаңдаушылық деңгейі тіркелді. Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. шкаласы бойынша зерттеу аяқталғаннан кейін орташа мәні 36.8 баллды құрады.



2-сурет. Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. шкаласы бойынша үрей деңгейінің орташа мәні және терапия аясындағы динамика

Зерттелетіндерді жыныстық белгісі бойынша бөлу кезінде үрейленудің жоғары деңгейі ерлер арасында да, әйелдер арасында да тіркелген. Ерлерде жеке үрейлену шкаласы бойынша алғашқы сауалнамада орташа мән 59,25 балл, әйелдерде - 56,8 балл, және терапия курсының соңында сәйкесінше 37,7 балл және 36,5 балл болды. Бақылау кезеңінде ерлер тобы үрей деңгейінің жоғарыдан орташа жағдайға 100% төмендегенін көрсетеді. Әйелдер арасындағы нәтижелер біраздан аз және оң динамиканы зерттелетіндердің 85.71% - да атап өтуге болады. Бұл ретте 14.29% терапияға қарамастан, жоғары үрей көрсеткіштерін сақтайды. Жас шамасы бойынша топ былайша бөлінді: жас адамдардың 27,8% - ы, орта жастағы адамдардың 33,4% - ы, егде жастағы адамдардың 27,8% - ы және қарттардың 11% - ы. Әр түрлі жастағы топтарда орташа мән және олардың терапия аясындағы өзгерістері 2-кестеде көрсетілген.

2-кесте. Әртүрлі жас топтарында Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. өзін-өзі бағалау шкаласы бойынша үрей деңгейінің орташа мәні

Терапия күні	Орташа мәні, баллдар			
	Жас жасы	Орташа жасы	Егде жастағылар	Кәрілік жас
1 күн	57.2	59,6	56.6	52
7 күн	47.8	49	44,8	46.5
30 күн	38.4	36.3	37	33.5

Барлық тексерілушілердің жасына қарамастан пайыздық қатынаста (100%) үрейдің жоғары деңгейі тіркелді. 7 күні жастардың 20% - ында үрейлен орташа деңгейге дейін төмендеді. Орта жастағы емделушілерде 83.3% жағдайда жоғары үрей деңгейі сақталды. Егде жастағы адамдардың 60% - ында үрей деңгейін орташа деңгейге дейін төмендету түрінде оң динамика байқалды. Қайта жүргізілген сауалнама қартайған адамдардың 50% - ы да жоғары үрейленудің сақталғанын анықтады.

Терапия жүргізгеннен кейін 100% жас және 100% кәрілік жастағы адамдарда орташа үрей деңгейі тіркелді. Қалған кіші топтарда да оң динамика байқалады. Орта жастағы емделушілер 16.7% терапияға жауап бермеді және жоғары үрейленудің көрсеткіштерін сақтап қалды, ал 83.3% - ы да үрейленудің көрсеткіштері төмендеді. Терапиядан кейінгі үрей деңгейі егде жастағы 80% орташаға дейін төмендеді, алайда 20% жоғары деңгейде сақталды.

Азия популяциясының өкілдері бірінші сауалнама кезінде жоғары үрейленудің жоғары деңгейін көрсетеді және орташа көрсеткіш 57.14 баллды құрайды, ол Гидазепамды қабылдау аяқталғаннан кейін 38.85 баллға дейін төмендетеді. Алайда, препаратты қабылдағаннан кейін орташа мәннің осындай айтарлықтай төмендеуіне қарамастан, сұралғандардың 14.29% бұрынғысынша жоғары үрей сезімін бастан кешуде.

Славян шығу тегістердің барлық қатысушылары жоғары үрейлену себебі бойынша зерттеулерге енгізілген. Терапияға дейінгі Спилбергер Ч.Д. және Ханин Ю.Л. шкала бойынша орташа мән 57.36 балл деңгейінде болды және 35.45 баллға дейін төмендеді. Славян популяциясының өкілдерінен

үрей деңгейі жоғарыдан орташаға дейін төмендеді сұралғандардың 90.90%, ал 10.10% көрсеткіштері жоғары үрейленуді көрсетеді.

Зерттеуге некеде тұрғандардың 66.67% - ы және жалғыз тұрғандардың 33,3% - ы қатысты. Гидазепамды қабылдағанға дейінгі Спилбергер Ч.Д. және Ханин Ю.Л. шкаласы бойынша некеде тұратын адамдарда орташа мән 58,91 баллды, ал жалғыз адамдарда – 54 баллды құрады, бұл ретте отбасы жағдайына қарамастан барлық емделушілерде үрейдің жоғары деңгейі байқалды. 7 күнге дейін екі топ арасында үрейленудің жоғары деңгейі 66.67% – да, орташа деңгейі 33.33% - да анықталды. Алайда, Гидазепаммен терапия аяқталғаннан кейін жалғыз адамдарда 100% - да үрейленудің орташа деңгейі тіркелді, ал 16.67% - да некеде тұрған топшада үрейдің жоғары деңгейі сақталды, ал бақылаушылардың 83,33% - ы орташаға дейін төмендеді. 30 күнге дейін жалғыз басты және үйленген адамдардың арасындағы бастапқы айырмашылыққа қарамастан орташа мән бірдей болды, тиісінше 36,6 және 36,8 баллға дейін төмендеді.

Сондай-ақ үрей деңгейін бағалау кезінде пациенттердің жұмыспен қамтылуы назарға алынды. Осылайша, сауалнамаға қатысушылардың арасында жұмыс істейтіндердің 33,3% - ы жұмыссыздардың 27,7% - ы, зейнеткерлердің 38,9% - ы болды. Жұмыссыздарда Спилбергер Ч.Д. және Ханин Ю.Л. шкала бойынша үрей деңгейінің орташа мәні 60,2 балл, жұмысқа орналасқандардың арасында орташа көрсеткіш 56,5 баллды және зейнеткерлерде 55,8 баллды құрайды, ол қайта сұрау кезінде 47.8 баллға дейін, 49 баллға дейін және 45.2 баллға дейін төмендеді. Соңғы сауалнама кезінде жұмыс істеушілердің үрейленудің орташа мәні 38.3 балға дейін төмендеді, зейнеткерлер арасында ол көрсеткіш 35.8 балды және жұмысқа орналаспағандардың саны арасында 35.6 балды құрады.

Басқа белгілері бойынша ұйымдастырылған топтарда сияқты, әлеуметтік жұмыспен қамтылуына қарамастан, алғашқы сауалнама жүргізу кезінде зерттеудің барлық қатысушылары Спилбергер Ч. Д. және Ханин Ю. Л. шкаласына сәйкес үрейленудің жоғары деңгейін көрсетеді. Қайта сұрау кезінде үрейленудің жоғары деңгейі жұмыспен қамтылғандардың 83.3% - да, жұмысқа орналаспағандардың 80% - да және зейнеткерлердің 42.8% - да сақталады. Терапия аяқталғаннан кейін тұрақты жұмыс орны жоқ барлық емделушілерде орташа үрей деңгейі анықталды. Алайда, жұмыс істеушілердің 16.7% және зейнеткерлік демалыстағы адамдардың 14.3% бұрынғысынша жоғары үрейленуді бастан кешуде.

Диагнозға байланысты топ 4 кіші топқа бөлінді (ДЭП, вертебро-базиллярлы жеткіліксіздік, бел остеохондроз, вегето-тамырлы дисфункция). Өртүрлі неврологиялық диагноздары бар емделушілерде Гидазепаммен емдеу аясындағы орташа мәндер мен олардың динамикасы 3-кестеде көрсетілген.

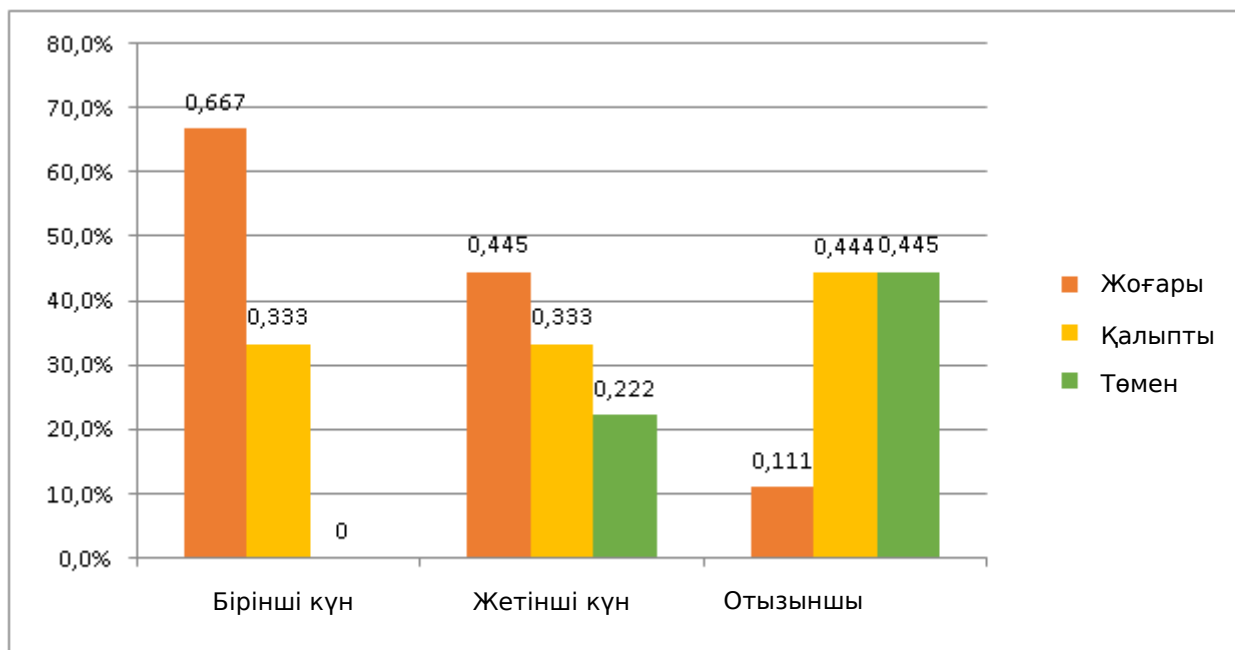
3-кесте. Спилбергер мен Ханин шкаласы бойынша диагнозына байланысты орташа мәндер және олардың динамикасы

Бақылау күні	Орташа мәні			
	ДЭП	ВТД	ВБЖ	БОХ
1 күн	57,5	53,67	59	57,5
7 күн	45,5	42,67	52	49
30 күн	34,87	36	38,8	40,5

Сауалнама нәтижелерін пайыздарға ауыстырған кезде ДЭП-мен зерттелетіндердің көрсеткіштері 7 күнге 50% - ға төмендеп, терапия соңында 87.5% пациенттердің орташа үрей деңгейін тіркейді. Гидазепамның ең жылдам әсері вегетативтік жүйенің дисфункциясымен сыналатындарда байқалады, себебі 7 күнге дейін терапияның жоғары деңгейінен орташаға дейін үрейленудің төмендеуі 66.67% - да байқалады. Бел остеохондрозынан зардап шегетін адамдар анксиолитиктермен терапия аяқталғаннан кейін 100% жағдайда оң нәтиже берді. Алайда, вертебро-базиллярлы жетіспеушілік диагнозы бар қатысушылар препаратты 20% қабылдауға қарамастан жоғары үрейленуді атап өтеді.

Пациенттерді үрей және депрессия (HADS) госпитальдық шкала бойынша сұрау кезінде препаратты қабылдағанға дейін клиникалық айқын көрінген үрей зерттелетіндердің 66.7% - да анықталды, субклиникалық айқын көрінген үрей 33.3% - да тіркелді. Баллдардың сомасы 11 – ден жоғары клиникалық айқын көрінген үрей /депрессия, 8-ден 10 баллға дейінгі ауқым -субклиникалық айқын көрінген үрей /депрессия, және 0-7 баллдардың сомасы депрессия/үрейдің нормасын немесе төмендетілген деңгейін сипаттайды. Үрей және депрессия бойынша HADS шкаласына сәйкес зерттеудің басында орташа балл тиісінше 12.6 және 8.4 баллды құрады. 7 күнге жүргізілген сауалнама кезінде топ үрейленудің деңгейіне сәйкес

былайша бөлінді: 44.5% - жоғары, 33.3% - орташа, 22.2% - төмен. Гидазепам қабылдау аяқталғаннан кейін зерттелетіндердің 44.5% - ы үрейленудің төмен деңгейі тіркелді, 44.4% - ы орташа үрей, және тек 11.1% - ы ғана клиникалық айқын үрейлену сақталды.



3-сурет. HADS шкаласы бойынша үрейлену деңгейі және оның бақылау кезеңіндегі динамикасы.

Зерттелетін топты жынысы бойынша бөлу кезінде ерлердің орташа көрсеткіштері бастапқы сауалнама кезінде 15.5 балл, әйелдерде – 11.7 баллды құрайды. Терапия басталғанға дейін ерлердің 100% - ында клиникалық айқын көрінген үрей байқалады, 7 күнге дейін жоғары үрейлену 75% - да сақталды, ал 25% - да субклиникалық үрей тіркелді. Гидазепамды қабылдағаннан кейін сұралғандардың 50% - ы үрейленудің орташа деңгейін, 25% - ы норманы көрсетеді. Алайда, зерттелетіндердің 25% терапияға жауап бермеді. Терапияға дейінгі клиникалық айқын үрейлену әйелдердің 57,14% - да, субклиникалық үрей әйелдердің 42.86% - да тіркелген. Қабылдағаннан кейін бір аптадан кейін әйелдерде үрей деңгейі 35.71% жоғары, орта деңгейі - 35.71%, төмен үрей деңгейі - 28.58% тіркеледі. 30 күндік терапиядан кейін әйелдердің 50% - ы үрей белгілерін белгілемейді, 42.86% - ында HADS бойынша сауалнамаға сәйкес үрей деңгейін орташа деңгейге дейін төмендетті. Бұл ретте, әйелдердің 7.14% - ы терапияға жауап бермеді және бұрынғысынша клиникалық айқын көрінген үрейленуді көрсетті.

Жас емделушілерді емдеуге дейін сауалнама жүргізу кезінде 80% HADS сауалнамасына сәйкес жоғары үрей деңгейін, 20% - орташа деп атап өтті. Емнің 7 күніне қайтадан жүргізілген сауалнама кезінде көрсеткіштер төмендегідей өзгерді: 60% - жоғары үрей, 20% - орташа үрей, 20% - төмен үрей. Гидазепамды қабылдағаннан кейін 60% - да үрей деңгейі орташа деңгейге дейін төмендеді, ал 40% - да төмен үрейлену тіркелген. Орта жастағы топта сауалнама жүргізу 66.7% - да үрейленудің жоғары деңгейін және 33.3% - да орташа үрейленуді анықтады. Анксиолитиктермен ем аяқталғаннан кейін клиникалық айқын көрінген үрей 16,7% - да сақталды, сұралғандардың 50% - да орташа үрей байқалады. 33,3% емдеу оң нәтиже берді, оларда үрейленудің төмен деңгейі тіркелді.

Егде жастағы емделушілерде ем басталғанға дейін жоғары үрейленушілік 60% – да, орташа-40% - да анықталды. Бақылаудың отызыншы күні HADS бойынша қайта сауалнама жүргізгеннен кейін клиникалық айқын көрінген үрей 20% – да, субклиникалық айқын көрінген-40% және үрей деңгейі төмен 40% - да байқалды. Кәрілік жастағы зерттелушілерде бастапқы сауалнама кезінде үрейдің жоғары деңгейі 50%-да, орташа деңгейі 50%-да байқалды. Жағдайлардың барлық 100%-ы, үрей деңгейін төменгі мәнге дейін төмендетіп, оң динамикасын көрсетті.

4-кесте. Өртүрлі жас топтарында HADS шкаласы бойынша орташа мәндердің динамикасы.

Бақылау күні	Орташа мәні			
	Жас жасы	Орташа жасы	Егде жастағылар	Кәрілік жастағылар
1 күн	13	13,3	11,6	11,5
7 күн	11	9,1	9,6	8,5

30 күн

7,4

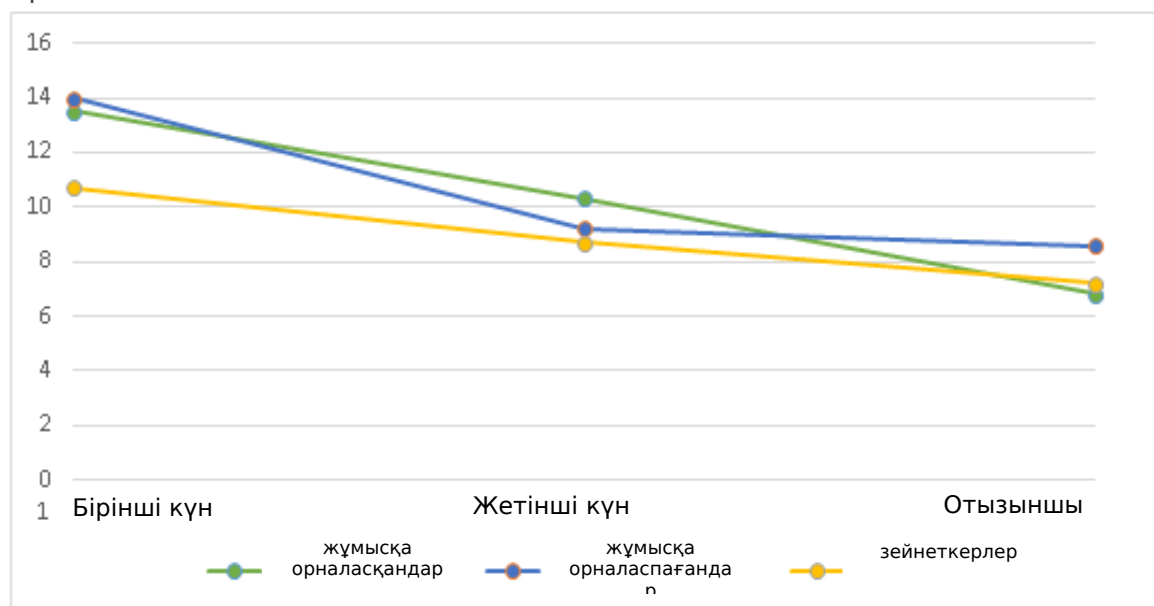
7,6

7,8

6,5

Этникалық шығу тегі бойынша зерттеу тобын азиаттар мен славяндарға бөле отырып, HADS бойынша алғашқы сауалнама кезіндегі орташа көрсеткіштер тиісінше 13,28 және 12,09 балл деңгейінде болды. Үрейге қарсы Гидазепам препаратын қабылдау аясында 30 бақылау күнінде азиялық популяциядағы орташа мәні 7 баллға дейін, ал славяндық шыққан тұлғаларда 7,8 баллға дейін төмендеді. Бұл ретте азиялық топшасында ем басталғанға дейін үрейдің жоғары деңгейі сұралғандардың 71,43% - да, орташа 28,57% - да анықталды. Славяндар арасында клиникалық айқын үрейленуі 63,64%-да, субклиникалық үрей - 36,36%-да тіркелді. Анксиолитикалық ем курсы аяқтағаннан кейін 14,29% азиаттарда және 9,10% славяндарда жоғары үрейленушілік сақталған. Орта деңгейге дейін үрей азиялық популяция өкілдерінің 28,57% - ында және славян шыққан тұлғалардың 54,55% - ында төмендеді. Үрей деңгейінің нормаға дейін төмендеуі 42,86% азиаттарда және 36,36% славяндарда байқалады.

Әр түрлі жұмыспен қамтылған топшаларда HADS шкаласы бойынша үрей деңгейін есептеу кезінде жұмыс істемейтін топшаларда ең жоғары орташа мән – 14 балл, жұмыс істейтін емделушілердің топшаларында елеусіз айырмашылықпен – 13,5. Құрметті демалыстағы адамдардың орташа көрсеткіші 10,5 балл деңгейінде тұр, бұл орташа үрейленуге сәйкес келеді. 30 күндік анксиолитиктер курсы аяқтағаннан кейін жұмысқа орналасқандардағы үрейдің орташа мәні 6,8 баллға дейін, зейнеткерлерде 7,2-ге дейін және жұмыс істемейтіндерде – 8,6 баллға дейін төмендеді. Кіші топтардағы орташа мәндердің өзгеру динамикасы 4-суретте айқын көрсетілген.



4-сурет. Жұмыспен қамтылуына байланысты HADS шкаласы бойынша үрейдің орташа мәндерінің динамикасы.

Пайыздық қатынаста HADS бойынша сауалнама нәтижелері 83,3% жұмыс істеушілердің, 80% жұмысқа орналаспағандардың және 42,8% зейнеткерлердің клиникалық айқын үрейін көрсетеді. Субклиникалық үрейленушілік жұмысқа орналасқандардың 16,7% - ында, жұмыссыздардың 20% - ында және зейнеткерлердің 57,2% - ында тіркелген. Гидазепамды 30 күнге қабылдағаннан кейін сауалнама нәтижелері мынаны анықтады: жұмыс істемейтін адамдардың 20% - ы мен зейнеткерлердің 14,3% - ында жоғары үрейленушілік сақталды. Орташа үрей деңгейі жұмыс істейтін емделушілердің 50%-ында, жұмыссыздардың 60%-ында және зейнеткерлердің 28,6%-ында байқалды. Жұмысқа орналасқандардың 50%-ы, зейнеткерлердің 58,1% - ы және жұмыс істемейтіндердің 20%-ы терапияға оң әсер етті және олардың үрей деңгейі нормаға дейін төмендеді.

Диагносттар бойынша топты бөлген кезде ДЭП және ұйқы бұзылыстары бар емделушілерде HADS бойынша орташа мәні алғашқы сауалнама жүргізу кезінде 12 балдан емдеу аяқталған кезде 7,75 баллға дейін өзгерді. ВТД диагнозы бар емделушілерде орташа үрей көрсеткіші емге дейін 12,6 балл және Гидазепамды қабылдау курсынан кейін 6,6 балл. Зерттеу қатысушыларындағы үрейленушіліктің орташа көрсеткіші ВБЖ-мен емге дейін және емнен кейін 12,8 балдан 8 баллға дейін төмендеді. Остеохондроз бойынша емдеуден өтетін емделушілерде бастапқы сауалнама нәтижелерінің орташа мәні - 14 балл, ол терапия аясында 6,5 баллға дейін төмендеді.

Диагнозға байланысты HADS бойынша үрей деңгейінің пайыздық көрсеткіштері 4-суретте диаграммада көрсетілген.

Диагноз	Жоғары үрей деңгейі, %			Орташа үрей деңгейі, %			Үрей жоқ, %		
	1-күн	7-күн	30-күн	1-күн	7-күн	30-күн	1-күн	7-күн	30-күн
ДЭП	62.5	37.5	12.5	37.5	37.5	50	0	0	0
ВТД	66.67	33.33	0	33.33	33.33	33.33	0	33.33	66.67
ВБЖ	60	60	20	40	20	40	0	20	40
Остеохондроз	100	50	0	0	50	50	0	0	50

Зертханалық зерттеу. Бұл зерттеу АЛТ және АСТ деңгейін анықтауды қамтиды. Бауыр сынамаларының жоғары деңгейі және бауыр жеткіліксіздігі Гидазепамды пайдалануға қарсы көрсеткіш болып табылады. Осы факторды есепке ала отырып, барлық емделушілерге трансаминаз деңгейі емдеу басталғанға дейін және ол аяқталғаннан кейін анықталды. Орташа көрсеткіштер емдеудің бірінші және 30-күнінде тиісінше АЛТ 17.9 бірлік/л, АСТ - 18.98 бірлік/л және АЛТ - 15.0 бірлік/л, АСТ - 16.8 бірлік/л құрады.

Осылайша, мазасыз жағдайы бар неврологиялық емделушілерде Гидазепам препаратының тиімділігі бойынша біздің зерттеу нәтижелері әйелдердің, орта жастағы емделушілердің, славяндық шыққан емделушілердің, зейнеткерлер мен некеде тұрған адамдардың мазасыздануына аса бейім екендігі туралы қорытынды жасауға мүмкіндік берді. Дисциркуляторлық энцефалопатия және вертебробазилярлы жеткіліксіздігі диагнозы бар емделушілер зерттелетіндерге басқа диагноздармен салыстырғанда аса алаңдаулы. Алайда, сауалнама бойынша Спилбергер мен Ханин мәліметтеріне сәйкес, HADS шкаласы осы топтарда терапиядан және үрей деңгейінің орташа деңгейге дейін 80% жағдайда және одан да көп төмендегені байқалады. Зерттеу Гидазепам препаратын қабылдау кезінде неврологиялық аурулары бар емделушілерде ұйқының қалыпты болуын, көңіл-күйдің жақсаруын, жұмысқа қабілеттіліктің жоғарылауын, бас айналу эпизодтарының және үрей мен қорқыныш сезімімен дүрбелең шабуылдарының төмендеуін байқаған мазасыздық деңгейінің төмендеуі үрдісін көрсетті. Спилбергер мен Ханин шкаласына сәйкес көптеген емделушілерде үрей деңгейінің жоғарыдан орташаға дейін төмендеуі байқалады, қалғандарда жүргізілген емге қарамастан, жоғары үрейлену сақталуда. Бұл ретте HADS шкаласы бойынша сауалнама нәтижелері үрей деңгейінің орташа көрсеткіштерге дейін және көбінесе норма деңгейіне дейін төмендегенін көрсетеді.

Қорытындыда науқастың жеке ерекшеліктерін ескере отырып, жанама аурулар терапиясының тиімділігін арттыруға мүмкіндік беретін көп бағытты әсер ететін қазіргі заманғы препараттарды қолдана отырып, үрейлі жағдайлардың пайда болу себептерін анықтауға және оларды дер кезінде түзетуге ерекше назар аудару қажет.

Пайдаланылған әдебиеттер тізімі:

1. Thiele W., Munch Med Wschr 1958; 100: 149: 1918-1923
2. Маколкин В.И., Аббакумов С.А. Сапожникова А.А. Нейроциркуляциялық дистония: Клиника, диагностика, емдеу. Чебоксары, 1995
3. Uexekull T.V., Kohle R. Psychosomatische Medizin (3 Aifl.) H.Th. Von Uexekull Munchen – Wien – Baltimore 1986; 489- 501)
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders /Am.Psych.Assoc. – 4th ed. – Washington, 1994. – 886 с.
5. Pollack M.H. Optimizing pharmacotherapy of generalized anxiety disorder to achieve remission // J. Clin. Psychiatry.— 2001.— Vol. 62, Suppl. 19.— P. 20–25.
6. Maser J.D., Cloninger C.R. Comorbidity in Anxiety and Depression. Washington DC 1990
7. Hidalgo R.B., Barnet S.D., Davidson J.R. Social anxiety disorder in review: two decades of progress // Int. J. Neuropsychopharmacol.— 2001.— Vol. 4, № 3.— P. 279–298.
8. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Ворбьева О.В., Данилов А.Б. Дүрбелең шабуылдары. Ст-Петербург, 1997.)
9. Андронати С. А., Воронина Т. А., Головенко Н. Я. Және басқалары. Гидазепам // Жауапты ред. Андронати С. А.— К.: Наукова думка, 1992.— 200 б.