

ПРИМЕНЕНИЕ ФЛУВОКСАМИНА МАЛЕАТА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ В РЕВМАТОЛОГИИ

Литовченко Е. Ю., Малаева Е. Г., Цырульникова А. Н.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Хроническая боль представляет собой актуальную медицинскую проблему для врачей практически всех специальностей. В ревматологии проблема борьбы с хронической болью является трудной задачей в силу специфики ревматических заболеваний: их длительным течением с сомнительным относительно выздоровления прогнозом. У пациентов с ревматическими заболеваниями трудно, а зачастую и невозможно добиться полного контроля над воспалительным процессом и сопутствующим ему болевым синдромом, что негативно влияет на качество жизни больного, приводит не только к физическому, но и нервно-психическому истощению, деформации личности, развитию депрессии. По имеющимся данным литературы хроническая боль и депрессия имеют общий патогенетический механизм в виде дефекта серотониновой медиации [1], имеются сообщения о роли провоспалительных цитокинов в развитии депрессии [2].

Цель

Оптимизировать терапию хронической боли у пациентов с ревматоидным артритом (РА) и остеоартрозом кистей (ОА) III–IV стадии с синовитом.

Материалы и методы исследования

В харьковской городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова в соответствии с задачами исследования были обследованы 12 пациентов с РА и 6 с ОА кистей в активной фазе заболевания, имеющих выраженный болевой синдром и синовит суставов кисти. Пациенты были разделены на две группы по 9 человек, сопоставимые по полу, возрасту, длительности и клиническим проявлениям заболевания. Все пациенты получали индивидуально подобранную базисную терапию, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), физиотерапевтическое лечение. Первой группе пациентов с целью купирования болевого синдрома был дополнительно назначен пероральный антидепрессант флувоксамина малеат («Феварин») по 50 мг на ночь в течение 30 дней, который назначался на период пребывания пациентов в стационаре с дальнейшим амбулаторным приемом общим сроком четыре недели. Вторая группа являлась группой сравнения. Статистическая обработка данных проводилась на персональном компьютере в соответствии с правилами медико-биологической информации с помощью пакета прикладных программ «Statistica» 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

РА — аутоиммунное заболевание, невыясненной этиологии с хроническим прогрессирующим необратимым течением, развитием симметричного синовита, эрозивного артрита и широкого спектра внесуставных проявлений. При ОА в период обострения также наблюдается синовит с выраженным болевым синдромом, что делает сходными клинические проявления обоих заболеваний и дает возможность объединить пациентов с ОА и РА в одну группу.

Антидепрессанты используются в ревматологии, хотя их применение находит ограниченное применение в силу многих побочных действий. Результаты двух рандомизированных плацебо-контролируемых исследований показали хороший эффект дулоксетина в лечении эрозивной формы ОА кистей, но были отмечены частые нежелательные побочные реакции, включая тошноту, сухость во рту и др. [3]. В последних рекомендациях за 2014 г. по лечению остеопороза и остеоартрита рекомендовано назначение слабых опиоидов или антидепрессантов больным с выраженным болевым синдромом при недостаточном эффекте от получаемой терапии.

Рекомендации Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (The European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis — ESCEO), предложенные в 2014 г.

ШАГ 1	<p>Первым препаратом должен быть парацетамол, который следует назначать на фоне основного лечения медленно действующими симптоматическими препаратами: глюкозамин сульфатом или хондроитин сульфатом, которые должны быть фармацевтически качественными.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Наружные НПВП могут быть дополнительно назначены для более эффективной анальгезии с учетом их кратковременного симптоматического эффекта. • Методы немедикаментозной терапии возможны на любом этапе шага 1 (обучение, снижение массы тела у пациентов с избыточным весом, создание соответствующей программы упражнений).
--------------	--

<u>ШАГ 2</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Центральную роль играет назначение пероральных НПВП. • Пероральные НПВП не должны использоваться длительно, но могут применяться повторными курсами. • При выборе НПВП следует учитывать коморбидность (заболевания ЖКТ, сердечно-сосудистой системы или почек). • Возможно внутрисуставное введение кристаллических пролонгированных глюкокортикоидов и препаратов гиалуроновой кислоты.
<u>ШАГ 3</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Больным с далеко зашедшим ОА и выраженным болевым синдромом рекомендуется использование слабых пероральных опиоидов или антидепрессантов. Эффективность данных препаратов доказана у лиц, рефрактерных к предыдущей терапии.
<u>ШАГ 4</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Хирургическое лечение (эндопротезирование). • Использование классических опиоидов как альтернативы для больных, которым противопоказано хирургическое вмешательство.

В нашем исследовании контроль за динамикой в состоянии пациентов осуществлялся по таким показателям, как ночные боли, боли при движениях, болезненность при пальпации (выраженные в мм по визуально-аналоговой шкале ВАШ), продолжительность утренней скованности (мин), индекс активности по DAS 28, динамометрия (кг). Полученные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Динамика некоторых клинических показателей у пациентов 1-й (получающей антидепрессанта) и 2-й (без антидепрессанта) группы

Исследуемый показатель	1-я группа		2-я группа	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Боли в ночное время (мм)	35,6 ± 4,1	16,8 ± 3,2*	33,8 ± 3,1	20,7 ± 5,3**
Боли при движениях (мм)	52,9 ± 6,4	20,3 ± 7,6*	55,6 ± 4,8	53,4 ± 4,2•
Болезненность при пальпации (мм)	54,9 ± 7,5	23,1 ± 5,2*	59,1 ± 1,3	55,3 ± 3,7•
Продолжительность утренней скованности (мин)	167 ± 24,8	86 ± 13,5*	158 ± 23,6	94 ± 20,3**
Индекс активности по DAS 28	5,7 ± 0,14	5,2 ± 0,26	5,6 ± 0,11	5,3 ± 0,15
Динамометрия (кг)	16,3 ± 4,81	16,6 ± 3,26	16,7 ± 2,24	16,8 ± 5,87

* $p < 0,05$ в динамике показателей 1-й группы после лечения; ** $p < 0,05$ в динамике показателей 2-й группы после лечения; • $p < 0,05$ в показателях 1-й и 2-й групп после лечения

Анализ полученных данных показывает, что за период наблюдения положительная динамика в субъективной оценке статуса наблюдалась у пациентов и 1-й и 2-й группы, но была более выраженной у пациентов 1-й группы. Во 2-й группе достоверно после лечения изменились два показателя — боли в ночное время и продолжительность утренней скованности. Сравнивая результаты лечения в 1-й и 2-й группах, можно утверждать, что статистически достоверная разница ($p < 0,05$) наблюдалась в таких показателях, как боли при движении и пальпации, которые были лучше у пациентов 1-й группы. В объективном статусе по показателям индекса активности DAS 28 и динамометрии достоверной разницы ни в 1-й ни во 2-й группах достигнуто не было. На фоне приема флувоксамина побочное действие в виде преходящей тошноты наблюдалось у одного пациента и не требовало отмены препарата. Флувоксамин — современный антидепрессант из группы СИОЗС (селективных ингибиторов обратного захвата серотонина), по фармакологическим свойствам близок к флуоксетину, с тем отличием, что его эффект наступает несколько быстрее и оказывает анксиолитическое (противотревожное) действие [4]. По антидепрессивному действию, показаниям к применению сходен с amitриптилином, но лучше переносится, так как обладает существенно меньшей антихолинергической активностью [5].

Выводы

Включение в комплексное лечение группы пациентов с РА и ОА с синовитом современного антидепрессанта флувоксамина способствует улучшению их состояния, что проявляется более выраженным снижением интенсивности боли при движении и пальпации, чем в группе сравнения без антидепрессантов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мосолов, С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С. Н. Мосолов. — СПб., 1995. — 568 с.
2. Immune activation and depression in women with rheumatoid arthritis / A. J. Zautra [et al.] // J. Rheumatol. — 2004. — Vol. 31, № 7. — P. 457–463.
3. Responsiveness of the Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP) scale in a trial of duloxetine for treatment of osteoarthritis knee pain / R. C. Risser [et al.] // Osteoarthritis Cartilage. — 2013. — Vol. 21. — P. 691–694.
4. Лопухов И. Г. Сравнительная клиническая оценка флуоксетина и флувоксамина / И. Г. Лопухов // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — М., 1996. — № 4. — С. 53–57.
5. Машковский, М. Д. Лекарственные средства / М. Д. Машковский. — 15-е изд. — М.: Новая Волна, 2005. — 1200 с.