

Частота виявлення, особливості перебігу депресивних та тривожних розладів у хворих із хронічним больовим синдромом, зумовленим запальними захворюваннями суглобів, та фармакотерапевтичні можливості їх корекції Афобазолом

О.В. КУРЯТА¹, д. мед. н., доцент; О.С. МИТРОХІНА¹, О.Ю. НОДА¹, Т.К. ЛИСУНЕЦЬ²

¹Дніпропетровська державна медична академія,

²КЗ «Обласна клінічна лікарня імені І.І. Мечникова», Дніпропетровськ/

Резюме

Частота определения, особенности течения депрессивных и тревожных расстройств у больных с хроническим болевым синдромом, обусловленным воспалительными заболеваниями суставов, и фармакотерапевтические возможности их коррекции Афобазолом

О.В. Курята, О.С. Митрохина, О.Ю. Нода, Т.К. Лисунец

В статье представлены результаты исследования оценки уровня тревожно-депрессивных расстройств у больных с воспалительными заболеваниями суставов в зависимости от длительности заболевания, активности процесса, выраженности болевого синдрома и проводимой базисной терапии. Приведены результаты исследования клинической эффективности применения анксиолитического препарата Афобазол с целью коррекции тревоги у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне воспалительных заболеваний суставов, показана положительная динамика выраженности тревоги в процессе лечения данным анксиолитиком. Применение препарата анксиолитического действия Афобазола расширяет возможности комплексной терапии больных с воспалительными заболеваниями суставов, ассоциированными с тревожно-депрессивными расстройствами.

Ключевые слова: оценка уровня тревожно-депрессивных расстройств, лечение, анксиолитический препарат Афобазол

Summary

The Depression and Anxiety Disorders in Patients with Chronic Pain Syndrome Caused by Inflammatory Joint Diseases: the Morbidity Rate, the Course of the Disorders, and use of Aphobazol for their Pharmacotherapeutic Correction

O.V. Kuriata, O.S. Mitrokhina, O.Yu. Noda, T.K. Lysunets

The article presents the results of small clinical study conducted to assess the level of anxiety and depression disorders in patients with inflammatory joint diseases dependent of the disease time duration, its course, the pain syndrome intensity, and basic therapy. The assessment results for clinical efficacy of the Aphobazol selective anxiolytic drug used for anxiety correction in patients with anxiety and depression disorders caused by inflammatory joint diseases with chronic pain syndrome have been presented. The study results showed positive dynamics for the anxiety intensity in the course of therapy by Aphobazol. The authors make the conclusion that application of Aphobazol selective anxiolytic drug might improve the results of combined therapy in patients with inflammatory joint diseases associated with anxiety and depression disorders.

Key words: anxiety and depression level assessment, treatment, Aphobazol anxiolytic drug

У загальній популяції серед пацієнтів з тяжкими фізичними захворюваннями поширеність психічних розладів становить 23–39% залежно від статі та віку [1]. Доведено, що ця група пацієнтів має несприятливий прогноз щодо одужання та становить важливу медико-соціальну проблему.

Загальний ризик виникнення тривожно-депресивних розладів у хворих із хронічним больовим синдромом сягає 23% для чолові-

ків і 42% для жінок [7, 8], саме депресія є провідним чинником зниження працездатності таких хворих [6, 9, 10]. Поєднання тривожно-депресивних розладів і хронічного болю призводить до розвитку так званої аномальної больової поведінки та обмеження вибору стратегій подолання болю хворими. У таких пацієнтів порушується соціальна та професійна адаптація, знижується якість життя [11]. Крім того, депресія знижує поріг больової чутли-

вості, що призводить до посилення сприйняття болю і підвищення доз анальгетиків [12].

Останнім часом прояви депресивних розладів внаслідок запальних захворювань суглобів набувають особливого значення для інтегрованого підходу до діагностики та лікування у ревматологічних хворих. Лікарі-ревматологи мають значні труднощі щодо діагностики і терапії афективних розладів у хворих, які очікують не направлення до лікаря-психіатра, а конкретної допомоги від лікаря-ревматолога. Клінічні прояви запальних захворювань суглобів у ревматологічних хворих очевидні. Депресивні переживання пацієнтів із клінічними проявами запальних захворювань суглобів у ревматологічних хворих мають достовірний зв'язок з їх вираженістю, що робить їх психологічно зрозумілими для ревматолога [1].

Таким чином, виявлення та адекватна терапія тривожно-депресивних розладів при запальних захворюваннях суглобів у ревматологічних хворих до теперішнього часу залишається серйозною проблемою.

Слід зазначити, що лише у рекомендаціях Британського товариства ревматології та Британського товариства спеціалістів у галузі ревматології з лікування ревматоїдного артриту 2009 року є вказівки щодо необхідності корекції депресивних розладів при лікуванні ревматоїдного артриту [5]. А вже за результатами клінічних досліджень було встановлено, що близько 40% пацієнтів з ревматоїдним артритом страждають на депресію. Існують також дані про те, що депресія впливає як на ступінь розладу, так і на працездатність пацієнтів із запальними захворюваннями суглобів. Депресія також впливає на гостроту ревматоїдного артриту та спричиняє більш високий ризик розвитку серцево-судинних захворювань [5]. В рамках діяльності NICE було проведено комплексне дослідження лікування депресії. Проте доступно дуже мало даних щодо лікувальної тактики у таких пацієнтів.

Метою терапії підвищеної тривожності є усунення основних симптомів – хронічного занепокоєння, м'язового напруження, вегетативної гіперактивності та порушень сну. Принципом медикаментозного лікування тривоги є призначення препаратів з протитривожним (анксиолітичним) ефектом [2].

Селективним анксиолітиком групи бензодіазепінових транквілізаторів, у якого практично відсутні побічні ефекти, є Афобазол. Результати клінічних досліджень показали, що Афобазол має протитривожний, вегетостабілізуючий, антиастенічний та помірно виражений активуючий ефекти, знижує стан психологічного дискомфорту, що пов'язаний з тривогою та тривожно-депресивними розладами [2]. Афобазол характеризується доброю переносимістю, не викликає денної сонливості, міорелаксації, не погіршує, а в ряді випадків поліпшує когнітивні функції. При застосуванні препарату не виникає звикання та «синдрому відміни», ефективність препарату не залежить від статі та віку пацієнта. Моніторинг показників безпечності свідчить про можливість застосування Афобазолу в загальноклінічній практиці [2].

Мета дослідження: оцінити рівень тривожно-депресивних розладів у хворих із запальними захворюваннями суглобів залеж-

но від тривалості захворювання, активності процесу, вираженості больового синдрому та базисної терапії, а також дослідити клінічну ефективність застосування Афобазолу для корекції тривоги у пацієнтів із тривожно-депресивними розладами на фоні запальних захворювань суглобів, динаміку вираженості тривоги в ході лікування даним анксиолітиком.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 126 пацієнтів, що знаходилися на лікуванні в ревматологічному відділенні Обласної клінічної лікарні імені І.І. Мечникова, серед них 41 (32,54%) чоловік та 85 (67,46%) жінок у віці від 18 до 63 років (середній вік – $40,58 \pm 5,36$ року). Спостереження тривало протягом 2 місяців. Тривалість захворювання становила від 3 до 280 місяців (в середньому – $88,43 \pm 9,12$ місяця). Клінічні діагнози у обстежених пацієнтів: ревматоїдний артрит – 41 (32,5%), подагричний артрит – 13 (10,3%), остеоартроз – 28 (22,2%), серонегативна артропатія – 27 (21,4%), реактивний артрит – 6 (4,8%), поліартрит при системному червоному вовчаку – 5 (4,0%), поліартрит при системній склеродермії – 6 (4,8%).

Функціональні порушення суглобів (ФПС) I ступеня встановлено у 42 (33,33%) хворих, ФПС II, III ступеня – у 84 (66,67%) хворих. Переважно були уражені суглоби: проксимальні міжфалангові та п'ястно-фалангові – 100%, променевоzap'ясні – 84,9%, гомілково-стопні – 55,6%, колінні – 57,9%, кульшові – 16,7%.

Усім хворим було проведено комплексне обстеження, що включало клінічні, біохімічні, імунологічні, рентгенологічні методи. Вираженість больового синдрому в стані спокою та при фізичному навантаженні оцінювали за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), результати трактувалися таким чином: 0 см – болю немає, до 3 – слабкий біль, 4–6 см – помірний біль, >6 см – сильний біль, 10 см – дуже сильний біль. Ступінь активності ревматоїдного артриту визначався відповідно до класифікації Асоціації ревматологів України, 2002 (табл. 1) [3].

Критерії включення у дослідження: наявність ревматологічного діагнозу, верифікованого згідно з рекомендаціями Американського коледжу, регламентованими в наказі МОЗ України від

Таблиця 1. Критерії активності запального процесу при ревматоїдному артриті

Показник	Ступінь активності			
	0	1	2	3
Вираженість болю за ВАШ, см	0	До 3	4–6	>6
Вранішня скутість, хв	Немає	30–60	До 12 годин	Протягом дня
Швидкість осідання еритроцитів, мм/год	≤15	16–30	31–45	>45
С-реактивний білок, мг/л	≤1	≤2	≤3	>3

Примітка: ВАШ – візуально-аналогова шкала.

ОРИГИНАЛЬНИЙ

АФОБАЗОЛ

препарат нового покоління
от тревоги и стресса



PRO PHARMA

12.10.2006 р. №676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія» [3, 4], порушення опорно-рухового апарату запального характеру, помірний та сильний біль за шкалою ВАШ, згода на проведення анкетування.

Критерії виключення: відмова пацієнта від заповнення опитувальника про своє самопочуття, а також наявність порушень опорно-рухового апарату внаслідок остеопорозу, травматичних і онкологічних уражень, відсутність болю та слабкий біль за шкалою ВАШ.

Усім 126 хворим проводилася оцінка рівня депресивного стану з використанням анкети про самопочуття PRIME-MD (Quick Guide to PRIME-MD Patient Health Questionnaire, PHQ), розроблена для виявлення симптомів депресії в загальномедичній практиці, що заповнювалася самим пацієнтом. Ця шкала містить 9 пунктів, які оцінюють симптоми депресії за балами від 0 до 30 за останні 2 тижні. Оцінка отриманого результату проводиться таким чином: від 1 до 4 балів – мінімальна депресія; від 5 до 9 – легка депресія; від 10 до 14 – депресія середньої тяжкості; від 15 до 19 – помірно тяжка депресія; від 20 до 27 – тяжка депресія. В подальшому оцінювався взаємозв'язок між виявленими депресивними розладами (у 109 пацієнтів) та інтенсивністю больового синдрому, ступенем функціональних порушень суглобів, віком, рівнем освіти, а також базисною застосованою терапією.

Всім хворим проводилася також оцінка тривожності за допомогою шкали Гамільтона HARS-14, валідизованої методики, яка дозволяє провести кількісну оцінку ступеня вираженості тривоги та складається з 14 питань, значення балів за всіма пунктами ранжирується від 0 до 4. Сумарний бал приймає значення в інтервалі від 0 до 56. Виділяють три області значень сумарного балу за шкалою Гамільтона: 0 – відсутність тривожного стану, 8 – симптоми тривоги, 20 – тривожний стан. Визначався взаємозв'язок між виявленими тривожними розладами та вираженістю болю і ступенем функціональних порушень суглобів (у 115 пацієнтів).

При виявленні симптомів тривоги, депресивних розладів та наявності згоди пацієнтам призначався анксиолітик Афобазол (хімічна назва: 5-етокси-2-[2-(морфоліно)-етилтіо] бензimidазолу дигідрохлорид, виробництво ВАТ «Фармстандарт-Лексредства», Росія) у формі таблеток в дозі 10 мг. У першій групі (18 пацієнтів) засіб призначали по 1 таблетці 3 рази на добу (добова доза 30 мг) вранці, вдень та ввечері після прийому їжі протягом 21 доби на фоні стандартної базової терапії. До другої групи увійшли 37 пацієнтів з виявленими тривожно-депресивними розладами за даними анкетування, які не отримували лікування Афобазолом. Повторно анкетування за шкалою Гамільтона HARS-14 проводилося через 10 та 21 добу у пацієнтів обох груп. Основним критерієм ефективності терапії Афобазолом була редукція сумарного балу шкали Гамільтона HARS-14 за даними обстеження через 21 добу більше ніж на 50% порівняно з вихідним рівнем. Терапія Афобазолом при тривожних розладах у пацієнтів ревматологічного профілю була включена в схему комплексного базисного лікування основного захворювання. Для оцінки переносимості та безпечності

препарату під час кожного обстеження реєстрували всі побічні явища, які були виявлені на підставі інформації від пацієнтів і за результатами рутинних методів обстеження – усім пацієнтам до початку лікування та через 3 тижні проводилися лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, біохімічний аналіз крові: білірубін, аланінамінотрансфераза – АЛАТ, аспаратамінотрансфераза – АсАТ, гемоглобін, сечовина).

Всі статистичні розрахунки проводили з використанням пакетів прикладних програм «Microsoft® Excel 2000» (Microsoft®), «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc.).

Результати та їх обговорення

Депресивні розлади різного ступеня вираженості виявлено у 109 (86,51%) хворих, що проходили анкетування, у тому числі депресія мінімального ступеня – 28 (22,22%) осіб, легкого ступеня – 38 (30,16%), помірно-тяжкого ступеня – 32 (25,40%), тяжкі депресивні розлади – 11 (8,73%) пацієнтів (рис. 1). Слід зазначити, що опитуваним хворим, у яких було виявлено прояви депресії тяжкого ступеня, за наявності їх згоди рекомендували консультацію психолога або психіатра, які в подальшому призначали відповідне лікування.

Частота розвитку депресивних розладів серед жінок була вищою – 80 (94,12%), ніж у чоловіків – 29 (70,73%).

Середня оцінка вираженості болю за шкалою ВАШ становила $7,9 \pm 1,14$ бала в стані спокою та $8,56 \pm 1,08$ бала – при фізичному навантаженні. Оцінюючи частоту виникнення депресивних розладів у хворих ревматологічного профілю залежно від вираженості больового синдрому, встановлена чітка кореляційна залежність як між показником балів за ВАШ у стані спокою ($r=0,31$; $p<0,05$), так і при фізичному навантаженні ($r=0,30$; $p<0,05$).

Аналізуючи взаємозв'язок виникнення депресивних розладів різного ступеня у ревматологічних хворих, виявлено, що найчастіше депресії зустрічаються у хворих з порушенням функції суглобів II ступеня – 49 (44,95%) випадків. При ФПС I ступеня депресивні розлади виявлено у 35 (32,11%) пацієнтів, що в 1,4 разу менше, ніж при II ступені порушень. Депресії у осіб із ФПС III ступеня зареєстровано у 25 (22,94%) хворих. Таким чином, зі зростанням вираженості порушення функції суглобів частота депресій збільшується.

Розглядаючи дані у віковому аспекті, виявлено, що як у жінок, так і у чоловіків найчастіше депресивні розлади розвивалися у віковій групі 51–60 років: серед жінок – у 25 (34,25)%, серед чоловіків – у 7 (30,43%).

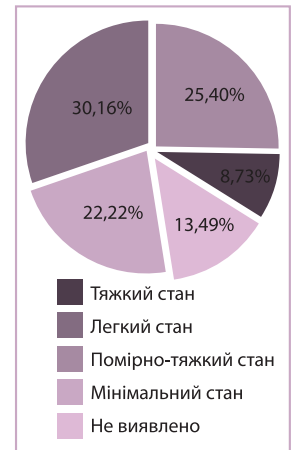


Рис. 1. Ступінь вираженості депресивних розладів

Встановлено, що у хворих на ревматичні захворювання тривалістю 6–12 років депресивні розлади зустрічаються найбільш часто – у 52 (47,6%) хворих, що майже у 2 рази більше, ніж у хворих із тривалістю захворювання 12–20 років – у 28 (25,7%), та у 3,6 рази більше, ніж при тривалості хвороби 1–5 років, – 15 (13,8%) пацієнтів. Водночас, у групах хворих з тривалістю захворювання до 6 місяців та понад 20 років депресивні розлади спостерігалися значно менше, ніж у попередніх групах.

Аналізуючи взаємозв'язок між рівнем освіти та частотою розвитку депресій у ревматологічних хворих, виявлено, що депресивні розлади переважно реєструвалися серед пацієнтів із вищою та середньою освітою (по 40%), проте у осіб з середньотехнічною освітою – лише в 20% випадків.

Проведення аналізу залежно від нозологічних одиниць показало, що у пацієнтів з ревматоїдним артритом депресивні розлади різного ступеня вираженості спостерігалися у 37 (90,24%) опитаних. Саме цей факт зумовив необхідність проведення більш поглибленого аналізу в даній групі хворих. Так, мінімальний рівень депресії спостерігався у 13 (35,14%) пацієнтів, легкого ступеня – у 18 (48,65%), середнього – у 2 (5,41%), помірно-тяжкого – у 3 (8,10%), тяжкого – в 1 (2,70%). Найчастіше депресії розвивалися у пацієнтів з тривалістю захворювання від 6–12 років – у 15 (40,54%) осіб та 12–20 років – у 11 (29,73%).

Для проведення аналізу взаємозв'язку між виникненням депресивних розладів та проведенням лікуванням було обрано групу хворих з ревматоїдним артритом, оскільки вона складала основну масу опитаних – 41 (32,5%) пацієнт. Пацієнти були розподілені на 3 групи залежно від проведення базисної терапії: перша – 25 (61,0%) хворих, що не отримували базисного лікування; друга – 11 (26,8%) хворих, які приймали лише цитостатики; третя – 5 (12,2%), при лікуванні яких поєднували цитостатики та глюкокортикостероїди (ГКС). При цьому серед цитостатиків перевагу надавали метотрексату в дозі від 15 до 25 мг на добу (середня доза – 18,3±2,4 мг на добу), ГКС призначали до 10 мг на добу (середня доза – 8,5±1,2 мг на добу) в перерахунку на преднізолон (табл. 2).

Найчастіше депресивні розлади розвивалися у пацієнтів другої групи – у 8 (72,7%) випадків. На другому місці за частотою реєстрації депресій різного ступеня тяжкості знаходяться хворі третьої групи – 2 (40%) і у 9 (36%) хворих депресивні розлади розвивалися на фоні повної відсутності будь-якої базисної терапії. Тобто, депресивні розлади виникали в 1,8 рази частіше у хворих в другій групі (прийом тільки цитостатиків), ніж у третій (комбінація цитостатиків і ГКС) (табл. 3).

Що стосується тяжкості депресивних розладів, слід зазначити, що частота депресій мінімального і легкого ступенів вираженості приблизно однакова в усіх трьох групах. У пацієнтів, що одержували базисну терапію, незалежно від її варіанту, тяжкі депресивні розлади взагалі не спостерігалися.

Аналізуючи частоту виникнення депресивних розладів у хворих з ревматоїдним артритом залежно від ступеня активності процесу, виявлено, що депресія різного ступеня тяжкості в 1,4 рази частіше

Таблиця 2. Характеристика отриманого лікування хворими на ревматоїдний артрит

Показник	Групи хворих залежно від призначеної базисної терапії, n (%)		
	Перша група (не отримували лікування)	Друга група (цитостатики)	Третя група (цитостатики + ГКС)
Загальна кількість хворих	25 (61%)	11 (26,8%)	5 (12,2%)
Отримувана терапія			
Нестероїдні протизапальні препарати	25 (100)	10 (90,9)	3 (60)
Біологічні агенти	–	5 (12,2)	1 (20)
Базова терапія			
Метотрексат	–	9 (81,8)	5 (100)
Салазо-сульфаніламідні препарати	–	1 (9)	–
Амінохінолонові препарати	–	1 (9)	–
Середня доза метотрексату (M±m), мг на добу	–	16,7±2,1	18,6±3,4
Глюкокортикостероїди	–	–	5 (100)
Середня доза ГКС (M±m), мг на добу	–	–	8,5±1,2
Метаболічна терапія	25 (100)	10 (90,9)	5 (100)

Примітка: ГКС – глюкокортикостероїди.

Таблиця 3. Частота виявлених депресивних розладів у хворих на ревматоїдний артрит

Показник	Групи хворих залежно від призначеної базисної терапії, n (%)		
	Перша група (не отримували лікування)	Друга група (цитостатики)	Третя група (цитостатики + ГКС)
Частота депресивних розладів	9 (36)	8 (72,7)	2 (40)
Мінімальний ступінь депресії	3 (33,3)	3 (37,5)	1 (50)
Легкий ступінь депресії	4 (44,5)	4 (50)	1 (50)
Середній ступінь депресії	1 (11,1)	–	–
Помірно-тяжкий ступінь депресії	–	1 (12,5)	–
Тяжкий ступінь депресії	1 (11,1)	–	–

Примітка: ГКС – глюкокортикостероїди.

зустрічається у хворих з першим ступенем активності, ніж у хворих з другим ступенем – 20 (55,55%) та 14 (38,89%) відповідно. Проте помірно-тяжкі депресивні розлади в 5,7 рази частіше зустрічалися у хворих з другим ступенем активності порівняно з першим.

Оцінюючи частоту виникнення депресивних розладів у хворих на ревматоїдний артрит залежно від порушення функції суглобів,

ОРИГИНАЛЬНИЙ

АФОБАЗОЛ

препарат нового покоління
от тревоги и стресса

Новая
упаковка:
60 таблеток

PRO PHARMA

встановлена чітка кореляційна залежність ($r=0,34$; $p<0,05$). При цьому у хворих із порушенням функції суглобів II ступеня частота розвитку депресії в 1,6 разу перевищувала аналогічний показник у хворих з I ступенем. Цікавим є той факт, що у пацієнтів зі значним обмеженням життєдіяльності депресію виявлено лише у 2 (5,56%) випадках.

До початку лікування вираженість тривоги оцінювалася за допомогою шкали Гамільтона HARS-14 і відповідала наявності симптомів тривоги, а також тривожному стану у 56 (48,7%) та 59 (51,3%) випадках відповідно, що становить 91,27% від усіх обстежених пацієнтів. Середній сумарний бал за шкалою Гамільтона становив $18,5 \pm 1,7$ ($p<0,01$) до початку лікування.

Оцінюючи частоту виникнення тривожних розладів у хворих ревматологічного профілю залежно від порушення функції суглобів, встановлена позитивна кореляційна залежність ($r=0,28$; $p<0,05$). При цьому у хворих із порушенням функції суглобів II ступеня частота розвитку тривожних розладів була найбільша – у 51,3% пацієнтів, у хворих із I та III ступенем ФПС – 20,1% та 28,6% відповідно.

Аналізуючи частоту виникнення тривожних розладів у хворих із запальними захворюваннями суглобів залежно від вираженості больового синдрому, встановлена чітка кореляційна залежність як між показником балів за ВАШ в стані спокою ($r=0,29$; $p<0,05$), так і при фізичному навантаженні ($r=0,31$; $p<0,05$).

Вісімнадцяти пацієнтам з виявленими за шкалою Гамільтона симптомами тривоги та тривожним станом, а також хворим зі встановленими депресивними розладами за анкетой PHQ проводилося лікування анксиолітиком Афобазол – вони склали першу групу пацієнтів. Другу групу склали 37 пацієнтів, у яких було встановлено тривожні розлади за даними анкетування, але які не отримували лікування Афобазолом.

Всі пацієнти, які отримували лікування Афобазолом, повністю завершили 21-денний курс лікування. Аналіз динаміки показників HARS-14 серед пацієнтів першої групи виявив їх редукцію в процесі

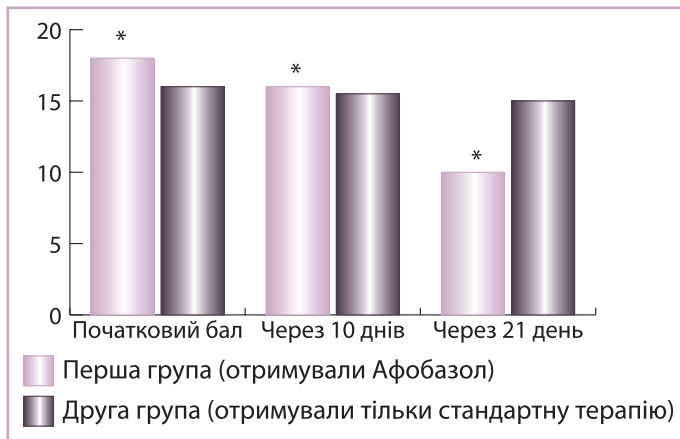


Рис. 2. Динаміка показника шкали Гамільтона серед пацієнтів, які отримували лікування Афобазолом

Примітка: * – достовірність відмінностей між першою та другою групами.

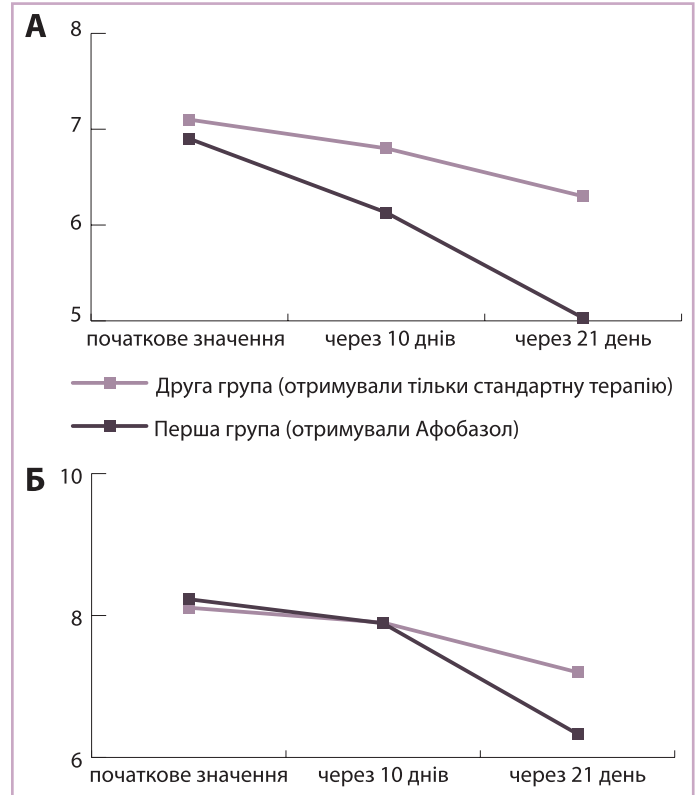


Рис. 3. Динаміка інтенсивності болю за шкалою ВАШ серед пацієнтів, які отримували лікування Афобазолом: А – в стані спокою, Б – при фізичному навантаженні

лікування: початковий бал становив $18,8 \pm 0,7$ ($p<0,01$), через 10 днів загальний бал дорівнював $16,1 \pm 0,7$ ($p<0,01$), через 21 день – $9,8 \pm 0,3$ ($p<0,01$). Таким чином, загальний бал за шкалою Гамільтона скоротився на 52,13% по закінченні 21-денного курсу серед пацієнтів першої групи. Динаміка показників загального балу за HARS-14 серед пацієнтів другої групи: вихідний бал – $16,5 \pm 0,4$ ($p<0,01$), через 10 днів загальний бал становив $15,9 \pm 0,8$ ($p<0,01$), через 21 день – $14,8 \pm 0,6$ ($p<0,01$), загальний бал скоротився на 10,3% через 21 добу, що в 5,5 разу менше показника у першій групі (рис. 2).

Динаміка больового синдрому серед пацієнтів першої та другої груп свідчить про зниження інтенсивності болю за шкалою ВАШ в стані спокою та при фізичному навантаженні в обох групах, але більш виражена – серед пацієнтів першої групи (рис. 3). Так, показник інтенсивності болю в спокої та при навантаженні серед пацієнтів першої групи через 21 день знизився на 18,8% та 23,1% відповідно, серед пацієнтів другої групи – на 11,3% та 14,7%.

Також слід зазначити, що динаміка больового синдрому була найбільш вираженою серед пацієнтів, чий показник болю за ВАШ в стані спокою та при навантаженні трактувався як помірний біль – зменшився через 21 добу на 21,3% та 24,8% відповідно, а серед пацієнтів з сильним болем – на 17,6% та 22,7% відповідно.

Таблиця 4. Динаміка лабораторних показників пацієнтів, які отримували лікування Афобазолом

Показник	Пацієнти, які отримували лікування Афобазолом (n=18)	
	До лікування	Через 3 тижні
Гемоглобін, г/л	143,8 ± 3,2	132,3 ± 4,8
АлАТ, ммоль/л	34,3 ± 0,32	36,1 ± 0,31
АсАТ, ммоль/л	27,6 ± 0,17	28,4 ± 0,19
Білірубін загальний, мкмоль/л	18,8 ± 0,32	19,4 ± 0,32
Сечовивина, ммоль/л	8,89 ± 0,64	8,08 ± 0,52
Креатинін, мкмоль/л	89,78 ± 0,54	86,34 ± 0,49

Примітки: АлАТ – аланінамінотрансфераза, АсАТ – аспаратамінотрансфераза.

Клінічний ефект Афобазолу розвивався досить швидко – початкові ознаки спостерігалися вже з перших днів лікування – і характеризувалися чіткою протитривожною дією з редукцією рівня тривоги, відмічалася зниження амплітуди коливання настрою, покращення сну, суб'єктивне покращення уваги та загального рівня активності.

Суб'єктивна переносимість препарату Афобазол оцінювалася пацієнтами таким чином: оцінки «погано» та «задовільно» – не визначалися, «добре» – 7 (38,89%) пацієнтів, «відмінно» – 11 (61,11%) за результатами опитування через 21 день.

Медикаментозна переносимість також оцінювалася за показниками біохімічного аналізу крові (табл. 4), які суттєво не змінилися через 21 день після початку лікування Афобазолом порівняно з вихідним рівнем.

Таким чином, результати опитування вказують на високу частоту тривожно-депресивних розладів у хворих із запальними захворюваннями суглобів. У зв'язку з виявленим фактом інтерес становлять можливості корекції депресивних розладів. Подальше уточнення ролі психотравмуючих чинників у виникненні, структурі та динаміці тривожно-депресивних розладів у хворих із запальними захворюваннями суглобів сприятиме визначенню надійного прогнозу захворювання й оптимізації диференційованих методів комплексної діагностичної та терапевтичної тактики, сприяючи підвищенню якості життя хворих.

Застосування препарату анксиолітичної дії Афобазолу розширює можливості комплексної терапії хворих із запальними захворюваннями суглобів, асоційованими з тривожно-депресивними розладами. Враховуючи високу поширеність тривожних розладів серед пацієнтів ревматологічного профілю, доцільним є застосування Афобазолу з метою фармакотерапії тривожно-депресивних розладів. Крім того, встановлено більш значне зниження больового синдрому серед пацієнтів, які отримували лікування Афобазолом, що свідчить про додаткову модальність у веденні пацієнтів із хронічним болем, зумовленим запальними захворюваннями суглобів за наявності тривожно-депресивних розладів.

Література

1. Афектно-стрессова модель депресії: практичне впровадження в ревматологічній практиці / Вельціщев Д.Ю., Марченко А.С., Серавіна О.Ф. та ін. // Психіатрія і психофармакотерапія. – 2009. – №5.
2. Афобазол – безопасный препарат для лечения тревоги в общей практике / А.С. Аведисова // Русс. мед. журн. – 2006. – Т. 14, №22.
3. Коваленко В.М. Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб / В.М. Коваленко, Н.М. Шуба. – К.: Катран груп, 2002. – 214 с.
4. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія»: Наказ МОЗ України від 12.10.2006 р. №676 [електронний ресурс] / Офіційний сайт МОЗ України // Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20061012_676.html.
5. Принципы лечения ревматоидного артрита. Методические рекомендации 2009 г. Британского общества ревматологии и Британского общества специалистов в области ревматологии по лечению ревматоидного артрита (после первых двух лет протекания болезни). – 2009. – №8 (134).
6. Строганова Р.А. Розпізнавання і лікування депресій в загальному медичній практиці: навч.-метод. посібн. – Мінськ, 2002.
7. Bisschop M.I. Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources / M.I. Bisschop, D.M.F. Kriegsman, A.T.F. Beekman, D.J.H. Deeg // Soc. Sci. Med. – 2004. – Vol. 59. – P. 721–733.
8. Hanly J.G. Neuropsychiatric syndromes in patients with systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis / J.G. Hanly, J.D. Fisk, G.S. McCurdy // Rheumatol. – 2005. – Vol. 32 (8). – P. 1459–1466.
9. Kloet E.R. Stress and the brain: from adaptation to disease / E.R. Kloet, M. Joels, F. Holsboer // Nat Neuroscience. – 2005. – Vol. 6. – P. 463–475.
10. Levenson J.L. Psychiatric issues in rheumatology / J.L. Levenson // Primary Psychiatry. – 2006. – Vol. 13 (11). – P. 23–27.
11. Ohman L. Longitudinal analysis of the relation between moderate long-term stress and health / L. Ohman, J. Bergdahl, L. Nyberg [et al.] // Stress Health. – 2007. – Vol. 23. – P. 131–138.
12. Waheed A. The burden of anxiety and depression among patients with chronic rheumatologic disorders / A. Waheed, J. Pak [et al.] // Med Assoc. – 2006. – Vol. 56 (5). – P. 243.

ОРИГИНАЛЬНЫЙ

АФОБАЗОЛ

препарат нового поколения
от тревоги и стрессаНовая
упаковка:
60 таблеток

PRO PHARMA