

# Фармакогенетический подход в осуществлении выбора нестероидного противовоспалительного препарата у пациентки с синдромом хронической тазовой боли

Мамина Р. М.

ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Россия, Астрахань

**Ключевые слова:** генотипирование; фармакогенетическое тестирование; НПВП; синдром хронической тазовой боли; персонализация терапии

## Для цитирования:

Мамина Р.М. Фармакогенетический подход в осуществлении выбора нестероидного противовоспалительного препарата у пациентки с синдромом хронической тазовой боли // *Фармакогенетика и фармакогеномика*. 2020;(2):36-37. (In Russ). DOI: 10.37489/2588-0527-2020-2-36-37

**Описание пациента.** Больная К., 49 лет, находилась в неврологическом отделении частного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть», г. Астрахани с 22.02.2018 по 05.05.2018 гг. с диагнозом: синдром хронической тазовой боли (СХТБ). Двусторонняя люмбоишиалгия с выраженным болевым и мышечно-тоническим синдромами. Остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника. Деформирующий спондилез (22.02.2018 г.).

При поступлении предъявляла жалобы на выраженные стойкие боли в области таза и скованность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника с иррадиацией по заднебоковой поверхности обеих ног, усиливающиеся при движении, осевой и статической нагрузке; снижение качества жизни и нарушение сна из-за выраженного болевого синдрома.

Из анамнеза заболевания известно, что впервые боли в области таза появились несколько лет назад. Неоднократно получала стационарное лечение в неврологическом отделении ЧУЗ МСЧ г. Астрахани. Кроме того, неоднократно лечилась амбулаторно. Получала таблетированные нестероидные противовоспалительные препараты (найзилат, диклофенак, ибупрофен), также использовала НПВП-содержащие мази. Курс применения НПВП был коротким, ввиду появления на фоне их приёма тошноты, рвоты, изжоги, болезненных ощущений в гастроуденальной области, что заставляло пациентку самостоятельно прекращать приём НПВП через 2—3 дня от начала амбулаторного лечения. Со слов больной, приём омепразола в дозе 20 мг в сутки, однократно утром, не обеспечивал предупреждение появления НПР со стороны ЖКТ. Болевой синдром при этом не купировался.

В течение последних нескольких дней интенсивность болей усилилась, нарушился сон, в связи с чем пациентка обратилась в ЧУЗ МСЧ г. Астрахани для получения стационарного лечения.

Из анамнеза жизни известно, что страдает хроническим эрозивным гастродуоденитом, с обострениями 2—3 раза в год; желчекаменной болезнью.

**Краткая клиническая характеристика пациента.** Общее состояние неудовлетворительное. В сознании, контактна, на вопросы отвечает правильно.

Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Гиперстенический конституциональный тип.

Походка анталгическая, положение тела шадящее. В позе Ромберга устойчива. Анталгический сколиоз. Пальпация паравертебральных точек в пояснично-крестцовом отделе позвоночника резко болезненна. Выраженный дефанс мышц спины в проекции пояснично-крестцового отдела, с двух сторон. Синдром Нери положительный. Синдром Ласега справа 40 градусов, слева 35 градусов. Движения в пояснично-крестцовом отделе ограничены при наклонах вперед и назад, резко болезненны. Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) 9 баллов.

Щитовидная железа не увеличена. При пальпации безболезненна.

Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над всей поверхностью лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД — 18 в минуту.

Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, верхняя — 3 ребро; левая —

по левой среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены. Ритм сердца правильный, частота сердечных сокращений — 75 в минуту. АД — 120/80 мм. рт.ст.

Живот мягкий, при пальпации в гастродуоденальной зоне безболезненный. Печень не пальпируется. Перкуторно нижний край печени по краю правой реберной дуги.

Отёков нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Тип вмешательства.** До персонализации терапии пациентка стационарно и амбулаторно получала НПВП без учёта данных результатов исследования на носительство полиморфных аллелей гена CYP2C9, участвующего в метаболизме НПВП. Назначение НПВП данной больной было сопряжено с развитием НПР, что ограничивало возможности применения препаратов этой группы. Миорелаксанты центрального действия (мидокалм), в сочетании с физиотерапевтическим воздействием (интерференцтерапией) давали временный эффект и не обеспечивали стойкой ремиссии.

**Показания к персонализации.** Показанием к персонализации терапии послужила необходимость длительного обезболивания с применением НПВП у пациентки с СХТБ, на фоне частых эпизодов развития НПР в анамнезе заболевания и сопутствующей коморбидной патологии в виде эрозивного гастродуоденита.

**Тип персонализации.** Генотипирование образца крови пациентки, для определения возможного носительства полиморфных аллелей гена CYP2C9.

**Изменения после персонализации.** Пациентка оказалась носителем медленной (PM) аллели CYP2C9\*3. В связи с чем, было принято решение о назначении ацеклофенака (аэртала), не являющегося субстратом изофермента цитохрома P-450 CYP2C9. Препарат назначался в средние терапевтической дозе 100 мг/сут, в соответствии с российскими клиническими рекомендациями «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов НПВП в клинической практике» и инструкциями государственного реестра лекарственных средств.

**Динамика.** На фоне применения ацеклофенака, подобранного по результатам генетического тестирования, отмечалась хорошая переносимость препарата. Состояние больной к 7-му дню стационарного лечения заметно улучшилось, интенсивность боли уменьшилась (9 баллов vs 5 баллов по ВАШ). Нормализовалось общее состояние и сон, улучшилось качество жизни. На фоне проводимого лечения проявления НПР не отмечались.

**Заключение.** В данном клиническом случае технологии персонализированной терапии позволили индивидуально подобрать пациентке наиболее рациональный, эффективный и безопасный НПВП для лечения болевого синдрома.