

Синдром хронічного тазового болю та МОЖЛИВОСТІ ЙОГО ЛІКУВАННЯ У ЖІНОК

Резніченко Г. І.*, Резніченко Н. Ю.**, Веретельник О. В.**, Дюдюн А. Д.***

*ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

**Запорізький державний медичний університет

***ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Вивчено клінічну ефективність селективних інгібіторів ЦОГ-2 у лікуванні хронічного тазового болю. Отримані результати свідчать про високу селективність інгібіторів ЦОГ-2 у лікуванні хворих на хронічний тазовий біль та перспективність їх застосування у пацієнток при патологічних станах, що супроводжуються больовим синдромом.

Ключові слова: лікування, нестероїдний протизапальний засіб, синдром, хронічний тазовий біль.

Хронічний тазовий біль є найбільш поширеним синдромом, який супроводжує різноманітні гінекологічні захворювання у жінок. За даними ВООЗ, кожна п'ята людина страждає на хронічні болі, а 60 % захворювань супроводжується болем [4, 6]. Актуальність дослідження синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у жінок обумовлена [5]:

- зниженням якості життя;
- порушеннями психосоматичного стану;
- депресією;
- соціальною дезорієнтацією;
- проблемами у кар'єрі (що для більшості пацієнток більш значиме, ніж фізичні страждання).

Хронічні тазові болі можуть бути наслідком:

- анатомічних змін та функціональних розладів у статевих органах;
- первинної та вторинної дисменореї;
- овуляції;
- вагінізму, –

а також соматичної патології, пов'язаної з порушеннями функції суміжних органів, травматичними пошкодженнями, а поєднання патології різноманітних органів і систем може формувати феномен взаємного посилення болю. Так, дисменорея супроводжується як циклічними болями у дні менструацій, так і емоційно-психічними, вегетативно-судинними та обмінно-ендокринними розладами [1].

Больові кризи у жінок поєднані з нервово-психічними, фізичними перевантаженнями і переохолодженням та супроводжуються [6]:

- погіршенням мікроциркуляції у матці і додатках на фоні венозного застою;
- порушеннями трофічних процесів в органах малого тазу;

- розладами гормонального балансу.

Основними патогенетичними чинниками болю у гінекологічних хворих є зміни кровонаповнення тазових органів і інтоксикація. Порушення мікроциркуляції призводить до ішемії тканин, тканинної гіпоксії та вивільнення біологічно активних нейромедіаторів, таких як [3]:

- серотонін;
- гістамін;
- ацетилхолін, –

а також циклооксигеназні метаболіти арахідонового каскаду, у тому числі простагландини, що, у свою чергу, призводить до пригнічення активності прогестерону та розвитку гіперпластичних процесів ендометрію.

Традиційно склалося, що протягом багатьох років перевагу в лікуванні хронічного болю надавали нестероїдним протизапальним засобам (НПЗЗ), інгібіторам циклооксигеназної ферментної системи, які у більшості випадків ефективно знімають біль, але мають широкий ряд протипоказань і обмежень до застосування [2]. Нові можливості вирішення проблеми побічної дії НПЗЗ пов'язані з синтезом нової групи фармакологічних препаратів – селективних інгібіторів циклооксигенази 2 (ЦОГ-2), які блокують розвиток запалення і болю, але не мають несприятливої побічної дії. На сьогодні існує великий вибір цієї групи препаратів – інгібіторів ЦОГ-2, таких як мелоксикам, целекоксиб, німесулід та ін.

Мета роботи – вивчення клінічної ефективності і перспектив застосування селективних інгібіторів ЦОГ-2 у лікуванні СХТБ у жінок.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходились 87 пацієнток віком 32-58 років.

Основну групу склали 48 хворих, у комплекс лікувальних заходів яким призначався селективний інгібітор ЦОГ-2; цю групу було розбито на дві підгрупи:

- у I підгрупі (27 пацієнток) показаннями до застосування ЦОГ-2 був СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та спайкової хвороби; при різко вираженому больовому синдромі у першу добу селективний інгібітор ЦОГ-2 застосовували внутрішньом'язово одноразово з наступним переходом на таблетовану форму;

- у II підгрупі (21 пацієнтка) показаннями до застосування ЦОГ-2 був СХТБ на фоні хронічного уретро-везикального синдрому; застосовували селективний інгібітор ЦОГ-2 у свічках.

Тривалість лікування залежала від загального стану хворої та больових проявів і складала у середньому:

- у I підгрупі – 5 діб;
- у II підгрупі – 5-10 діб.

У подальшому пацієнткам рекомендувалось профілактичне застосування селективного інгібітору ЦОГ-2 у свічках протягом трьох днів під час провокуючих біль моментів, таких як сильні нервово-психічні подразнення, переохолодження, фізичне навантаження та ін.

Протипоказаннями до застосування селективного інгібітору ЦОГ-2 були:

- загострення виразки;
- порушення гемостазу;
- ниркова недостатність.

Контрольну групу склали 39 хворих, серед них:

- 23 хворих – із СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів;
- 16 хворих – із СХТБ на фоні хронічного уретро-везикального синдрому, –

які отримували терапію іншими нестероїдними протизапальними препаратами (диклофенак, ібупрофен).

У динаміці всім жінкам було проведено загальноклінічне та ультразвукове обстеження. Для оцінки якості життя використовували стандартний опитувальник, який ми адаптували з урахуванням віку пацієнток та їх патології. Оцінювалось 14 показників; оцінка кожного проводилась у балах від 0 (найбільш сприятливий) до 5 (несприятливий показник). Крім того, оцінювали інтегративний показник як середнє значення всіх показників в групі. Ефективність терапії оцінювали протягом трьох місяців лікування та спостереження. Отримані результати були оброблені статистично за допомогою стандартних комп'ютерних програм.

Результати дослідження та їх обговорення.

Групи хворих не відрізнялись за віком, масою тіла, наявністю соматичних захворювань. Найбільш частими клінічними проявами у пацієнток були:

- постійні скарги на тупі, ниючого характеру болі нечіткої локалізації внизу живота;
- подразливість;
- підвищену стомлюваність;
- порушення сну.

У процесі лікування в основній групі хворі з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та спайкової хвороби, які застосовували селективний інгібітор ЦОГ-2, відмічали послаблення болю вже у першу добу, а на друготретю – скарг на біль не пред'являли. Протягом спостереження пацієнтки цієї групи рідше, ніж у групі порівняння, відмічали наявність клінічних симптомів та скарг на біль (Рис. 1), причому відмічено достовірну різницю ($P < 0,05$) по частоті реєстрації слабкості та СХТБ між результатами, отриманими у пацієнток двох груп через 6 місяців від початку лікування. Це дало змогу в подальшому 25 пацієнткам перейти на профілактичне застосування селективного інгібітору ЦОГ-2.

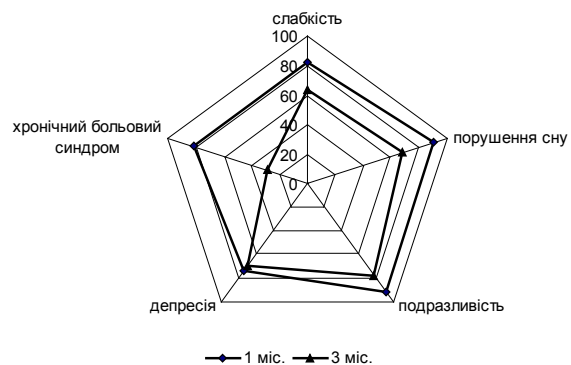


Рисунок 1. Динаміка клінічних проявів при застосуванні селективного інгібітору ЦОГ-2 та інших препаратів у жінок з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів протягом лікування (%). (Результати, отримані у контрольній групі, прийняті за 100 %).

У жінок з СХТБ на фоні хронічного уретро-везикального синдрому при застосуванні мовалісу у свічках спостерігались більш виражені зміни, ніж у контрольній групі (Рис. 2). При проведенні подальшого лікування та спостереження у хворих суттєво зменшувались скарги на біль, цисталгію; на третьому місяці лікування повністю нормалізувалось сечовипорожнення, зменшилися прояви порушень психоемоційної сфери. У однієї пацієнтки відмічались незначні болі при сечовипорожненні, у зв'язку з чим їй було подо-

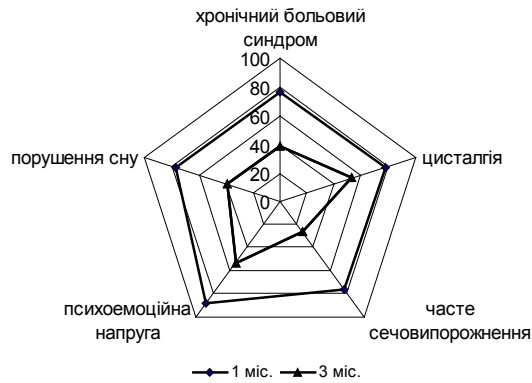


Рисунок 2. Динаміка клінічних проявів при застосуванні селективного інгібітору ЦОГ-2 та інших препаратів у жінок з СХТБ на фоні хронічного уретро-везикального синдрому протягом лікування (%). (Результати, отримані у контрольній групі, прийняті за 100 %).

вжено терапію селективним інгібітором ЦОГ-2.

Отримана різниця за відсотком частого сечовипорожнення у дослідній та контрольній групах мала статистично достовірний характер ($P < 0,05$).

Розглядаючи наявність симптомів через 1 та 3 місяці від початку лікування у двох групах пацієнок слід зазначити статистично достовірно кращі результати у групі, яка отримувала селективний інгібітор ЦОГ-2 на третьому місяці лікування; у той же час патологічні симптоми у дослідній групі зустрічались вдвічі рідше, ніж у групі порівняння (Рис. 1, 2).

Нами була проведена оцінка якості життя у пацієнок обох груп у залежності від якості лікування. До лікування показники якості життя дослідної та контрольної груп не відрізнялись, що

дало змогу об'єднати їх результати. Результати окремих показників та інтегральна оцінка якості життя до лікування та через 3 місяці від його початку надані у Табл. 1. Як видно з Табл. 1, у хворих з СХТБ відмічається погіршення якості життя. Через 3 місяці від початку лікування більшість показників якості життя у пацієнок обох груп покращуються. У пацієнок, які отримували мова ліс, поліпшення показників у більшості випадків має достовірний характер; статистично достовірно покращується й інтегративний показник якості життя. Аналізуючи показники якості життя через 3 місяці від початку лікування жінок обох груп, слід відзначити статистично достовірну різницю як по бальній оцінці інтегративного показника, так і по оцінці порушення сну, почуття тривоги, депресії, підвищеної подразливості, конфліктів у сім'ї. Це свідчить про кращі соціальні взаємовідносини жінок, які отримували селективний інгібітор ЦОГ-2, на виробництві та в побуті. Таким чином, застосування селективного інгібітору ЦОГ-2 у жінок з хронічним тазовим болем дозволяє не лише зменшити клінічні прояви захворювання, але й покращити якість життя пацієнтів. Це, у свою чергу, дозволяє жінці психологічно краще налаштуватись на лікування основного захворювання, повірити у можливістьвилікування, забезпечить кращий компласенс та можливість повного одужання.

При застосуванні у комплексному лікуванні хворих з СХТБ селективного інгібітору ЦОГ-2 не спостерігалось патологічних реакцій та побічної дії.

Таблиця 1 - Оцінка якості життя в залежності від проведеної терапії

Показники якості життя	До лікування	Через 3 місяці	
		Контрольна група	Група, яка отримувала селективний інгібітор ЦОГ-2
Порушення сну	4,1±0,2	3,2±0,2*	1,7±0,2*●
Обмеження в дієті	2,7±0,4	2,1±0,3	1,8±0,4
Почуття тривоги	3,6±0,3	2,3±0,3*	1,4±0,3*●
Депресія	3,1±0,3	2,2±0,4	1,1±0,3*●
Невпевненість у собі	2,8±0,4	1,8±0,4	1,1±0,3*
Погіршення уваги, пам'яті	3,7±0,3	2,9±0,4	2,2±0,4*
Підвищена подразливість	4,2±0,3	2,5±0,3*	1,6±0,3*●
Замкнутість	2,7±0,4	1,4±0,4*	1,2±0,3*
Страх погіршення здоров'я	3,8±0,4	2,5±0,3*	1,7±0,3*
Відсутність інтересу до життя оточуючих	1,4±0,4	0,9±0,4	0,8±0,4
Зміна звичного способу життя	2,9±0,3	1,5±0,4*	1,0±0,3*
Матеріальні труднощі у зв'язку з хворобою	3,4±0,4	1,6±0,3*	1,1±0,4*
Конфлікти в сім'ї	4,0±0,5	2,2±0,4*	0,9±0,3*●
Інтегративний показник	3,3±0,3	2,1±0,3*	1,3±0,2*●

ПРИМІТКИ: * – достовірна різниця ($P < 0,05$) у порівнянні з відповідними показниками до лікування;
● – достовірна різниця ($P < 0,05$) у порівнянні між відповідними показниками двох груп після лікування.

Таким чином, отримані результати свідчать про високу ефективність селективного інгібітору ЦОГ-2 у лікуванні хворих з СХТБ та пер-

спективність застосування ЦОГ-2 у пацієнток при патологічних станах, що супроводжуються больовим синдромом.

Висновки

1. Використання селективного інгібітору ЦОГ-2 у комплексному лікуванні хворих з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та хронічного уретро-везикального синдрому сприяє швидшим позитивним змінам у клінічно-

му перебігу захворювання, відсутності больового синдрому, у порівнянні з іншими препаратами.

2. Застосування селективного інгібітору ЦОГ-2 у жінок з синдромом хронічного тазового болю дозволяє суттєво покращити якість їх життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дашук А. М., Куцевляк Л. О. Атопические проявления на коже на фоне ВИЧ/СПИД-инфекции. Актуальные проблемы дерматологии, венерологии та ВІЛ/СНІД-інфекції : матеріали науково-практичної конференції (з міжнародною участю), присвяченої 90-річчю доц. Петрова Б. Р. Харків, 15 червня 2017 р. Харків, 2017. С. 313–317.
2. Резніченко Ю. Г., Резніченко Н. Ю., Резніченко Г. І., Ярцева М. О. Корекція дисбіотичних станів у мешканців індустріальних центрів. Запоріжжя: Просвіта, 2013. 148 с.
3. Майоров М. В. Альгодисменорея: Патогенез,

диагностика, лечение. Провізор. 2000. № 16. С. 26 – 27.

4. Резніченко Н. Ю. Нормалізація біотопів за допомогою пробіотиків у жителів індустріальних центрів. Гастроентерологія. 2014. № 1 (51). С. 27 – 30.
5. Стеблюк В. В., Васильченко Л. І., Гузієнко О. О. Стан вегетативної регуляції та адаптаційний потенціал пацієнток з синдромом хронічного тазового болю. Репродуктивне здоров'я жінок. 2005. № 1. С. 82 – 85.
6. Howard F. M. **Chronic pelvic pain.** *Obstet. Gynecol.* 2003. No 101 (3). P. 594 – 611.

Синдром хронической тазовой боли и возможности его лечения у женщин Резниченко Г. И., Резниченко Н. Ю., Веретельник А. В., Дюдюн А. Д.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»
Запорожский государственный медицинский университет
ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Изучена клиническая эффективность селективных ингибиторов ЦОГ-2 в лечении хронической тазовой боли. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности селективных ингибиторов ЦОГ-2 в лечении больных хронической тазовой болью и перспективность их применения у пациенток при патологических состояниях, которые сопровождаются болевым синдромом.

Ключевые слова: лечение, нестероидный противовоспалительный препарат, синдром, хроническая тазовая боль.

Syndrome of chronic pelvic pain and its treatment in women

Reznichenko G. I., Reznichenko N. Yu., Veretelnyk O. V., Dyudyun A. D.

“Zaporizhya Medical Academy of Postgraduate Education of Health Care Ministry of Ukraine” SE
Zaporizhya State Medical University
“Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Care Ministry of Ukraine” SE

The clinical efficacy of selective inhibitors COX-2 in the treatment of chronic pelvic pain was studied. The obtained results testify to the high efficiency of selective inhibitors COX-2 in the treatment of women-patients with chronic pelvic pain and the prospects of their use in patients with pathological conditions accompanied by pain syndrome.

Keywords: chronic pelvic pain, nonsteroidal anti-inflammatory drug, syndrome, treatment.

Резниченко Галина Ивановна – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины».

Резниченко Наталья Юрьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической медицины ФПО Запорожского государственного медицинского университета.

Веретельник Александр Владимирович – кандидат медицинских наук, доцент, и. о. заведующего кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом дерматовенерологии и эстетической медицины ФПО Запорожского государственного медицинского университета.

Дюдюн Анатолий Дмитриевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

nreznichenkog@gmail.com