



ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Т.Г. РОМАНЕНКО

д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України
ORCID: 0000-0003-0157-6223

О.М. СУЛІМЕНКО

клінічний ординатор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України
ORCID: 0000-0003-1948-8387

Контакти:

Романенко Тамара Григорівна
НМАПО ім. П.Л. Шупика, кафедра акушерства та гінекології № 1
04112, Київ, Дорогожицька, 9
тел. +38 (067) 721 96 19
e-mail: romanenko.tmr@gmail.com

ВСТУП І АНАЛІЗ ЛІТЕРАТУРНИХ ДАНИХ

Актуальність синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) в жінок обумовлена зниженням якості життя, порушеннями психосоматичного стану, депресією, соціальною дезорієнтацією. Все це у більшості випадків є більш значущим, ніж фізичні страждання. Біль є однією з основних причин, що змушують звернутися по медичну допомогу. Згідно з даними ВООЗ, частота таких звернень варіюється від 11 до 40% [1].

Хронічний тазовий біль (ХТБ) – поширена проблема, що зачіпає 1 із 6 жінок. Згідно з інформацією різних авторів, частота ХТБ коливається від 10 до 39%. За даними ВООЗ, щороку понад 60% жінок звертаються до гінеколога через тазові болі [1–3]. Причини виникнення ХТБ різноманітні: гінекологічні захворювання – 70–75%, екстрагенітальні захворювання – 20–25%, психічні порушення – 1%, самостійне нозологічне значення ХТБ – 1,5%.

Факторами ризику формування ХТБ є недостатня ефективність раніше проведеного лікування основного захворювання, недостатнє врахування супутньої екстрагенітальної патології, порушення антиноцицептивної системи. Формування хронічного больового синдрому відбувається за відсутності своєчасного і достатнього купірування гострого болю. У цьому випадку поріг больової чутливості знижується й активується ноцицептивна система. Хронічний больовий синдром у всіх випадках призводить до негативних змін з боку вищої нервової діяльності (пізнавальної та поведінкової функції), а також чинить негативний вплив на емоційний стан людини та її статеве життя [9, 10]. СХТБ поєднується з різноманітними психоемоційними

розладами та зниженням якості життя. У гінекологічній практиці ХТБ може розвиватися як наслідок ендометріозу, застійних явищ у малому тазі, внаслідок злукового процесу, при інфекціях, патології придатків матки, порушеннях з боку уретри, циститі та інтерстиціальному циститі. Крім того, ХТБ характерний для численних больових синдромів, у які топічно залучені різні ділянки малого таза: уретрального, сечо-міхурового больових синдромів; вагінального, вестибулярного, вульварного, кліторального, сороміцького, аноректального больових синдромів, вульводінії [6, 8].

Сучасні принципи лікування ХТБ ґрунтуються на використанні етіотропної, патогенетичної та симптоматичної терапії.

Серед широкого спектру та різноманіття асортименту лікарських засобів, що використовуються у сучасній гінекології, важливе місце займають нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП). Зважаючи на те, що значне число гінекологічних захворювань супроводжується больовим синдромом різного ступеня (від помірного до надзвичайно інтенсивного), анальгетичний ефект НПЗП під час проведення комплексної терапії має велике значення.

За твердженням А.П. Зильбера (1984), «біль – складний коктейль чутливості тіла і стану духу в даний момент, попередніх звичок, виховання, культури, світогляду». Проте практичного лікаря поряд із психологічними чинниками цікавлять фізіологічні й патогенетичні механізми, обізнаність у яких допомагає в здійсненні воістину божественної функції – тамування болю. В організмі немає таких функціональних систем, які не залучалися б до больового синдрому. Біль, фігурально кажучи, руйнує організм. Тому призначення лікарських препаратів, що мають анальге-

тичні властивості, обґрунтовано не тільки симптоматично, а й цілком патогенетично.

Застосування НПЗП при синдромі ХТБ усуває причину больових відчуттів, нормалізує локальні біохімічні процеси в тканинах, що оточують больові рецептори, знімає біль, тобто відповідає всім принципам сучасної терапії.

Мета дослідження – оцінка ефективності та безпечності застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) при лікуванні ХТБ у жінок репродуктивного віку.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

На клінічній базі кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика МОЗ України під нашим спостереженням перебувала 101 жінка репродуктивного віку із СХТБ на тлі хронічних запальних процесів органів малого таза. В залежності від отриманого лікування пацієнтки випадковим способом були розділені на дві групи: у першій групі (n = 54) проводилася комплексна антибактеріальна (АБ) терапія у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами, анальгетиками; у другій групі (n = 47) – комплексна АБ терапія в поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами та НПЗП (Діклосейф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг). До складу Діклосейфу входить диклофенак натрію 100 мг, який має виражену анальгетичну та протизапальну дію. Він є інгібітором простагландинсинтетази (циклооксигенази). Початкова доза становить 100–150 мг/доба. При тривалій терапії достатньо дози в 100 мг/доба. Препарат призначався у вигляді ректальних супозиторіїв на ніч (добова доза 100 мг).

Критерієм виключення з дослідження була наявність у пацієнтки ендометріозу. В групу контролю для оцінки показників якості життя було включено 34 пацієнтки без больового синдрому та ознак гінекологічної патології при задовільному загальному стані.

При включенні пацієнток у дослідження та через 6 місяців після завершення лікування проводилось анкетування для визначення вираженості больового синдрому, психологічного статусу та якості життя. Були використані: візуальна аналогова шкала (ВАШ) для кількісної оцінки болю (Visual Analogue Scale Pain Intensity Assessment): початкова точка лінії – біль відсутній (0), кінцева – нестерпний біль (10); опитувальник Мак-Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ) для якісної оцінки болю. При інтерпретації результатів розраховувався ранговий індекс болю для сенсорної та афективної шкал; тест Спілбергера-Ханіна (СХ) – для оцінки реактивної та особистісної тривожності: до 30 балів – низька тривожність; 31–44 бали – помірна; 45 балів та більше – виражена тривожність; шкала депресій центру епідеміологічних досліджень США (Center for Epidemiologic Studies

Depression Scale): до 18 балів – відсутні депресивні розлади; 19–25 балів – легкі депресивні розлади; 26 балів та більше – виражена депресія; шкала оцінки депресії Бека (Beck Depression Inventory): до 9 балів – відсутні депресивні симптоми; 10–15 балів – легка депресія (субдепресія); 16–19 балів – помірна депресія; 20–29 балів – виражена депресія (середньої тяжкості); 30–63 бали – тяжка депресія. Окремо оцінювалися симптоми за когнітивно-афективною субшкалою та субшкалою соматичних проявів депресії; також був застосований опитувальник SF-36 (Health Status Survey) для оцінки якості життя. Це дає можливість проаналізувати 4 компоненти фізичного здоров'я (Physical Health, PH): стан фізичного здоров'я (Physical Functioning, PF), вплив фізичного здоров'я на повсякденну діяльність (Role-Physical Functioning, RP), вплив болю на повсякденну активність (Bodily Pain, BP), загальний стан здоров'я (General Health, GH) та 4 компоненти психічного здоров'я (Mental Health, MH): життєва активність (Vitality, VT), соціальна активність (Social Functioning, SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (Role-Emotional, RE), психічне здоров'я (MH). Показники кожної шкали варіюються від 0 до 100 балів, де 100 балів – це повне здоров'я.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік жінок в основній групі склав $35,4 \pm 4,2$ року, в групі контролю – $37,1 \pm 2,3$ року. В усіх жінок больовий синдром був провідною скаргою.

Від моменту звертання пацієнток зі скаргами на болі в нижніх відділах живота в середньому минуло $4,8 \pm 0,6$ року. Протягом цього часу жінки спостерігалися в акушерів-гінекологів (в середньому 10 візитів). За період спостереження пацієнтки в амбулаторних умовах пройшли від 2 до 9 курсів лікування (в середньому 7 курсів). Під час лікування 45 (80,4%) пацієнток отримували АБ терапію за відсутності критеріїв запалення, 32 (57,1%) – НПЗП, 17 (30,4%) – комбіновані оральні контрацептиви, 18 (32,1%) – різноманітні фізіотерапевтичні процедури, 15 (26,8%) – знеболювальні засоби. Після проведених призначених курсів лікування була відмічена нетривала позитивна динаміка. В подальшому при повторних зверненнях із подібними симптомами у 39 (69,6%) випадках знову призначалась аналогічна схема лікування. Кількісна та якісна характеристика больового синдрому, а також динаміка його інтенсивності в результаті лікування представлені в таблиці 1.

У результаті лікування відмічена позитивна динаміка всіх показників в обох групах. Консервативне лікування протягом 6 місяців у 2-й групі було достатньо ефективним.

Таблиця 1. Динаміка інтенсивності болю в обстежених пацієнток (бали)

Метод оцінки	1 група (n = 54)		2 група (n = 47)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
ВАШ	$7,59 \pm 0,38$	$4,23 \pm 0,34^*$	$7,63 \pm 0,39$	$2,71 \pm 0,25^*, **$
Опитувальник Мак-Гілла	$27,14 \pm 5,18$	$14,85 \pm 4,86^*$	$28,09 \pm 6,13$	$9,54 \pm 2,74^*, **$

* статистично значущі відмінності показників до та після лікування, $p < 0,05$;

** статистично значущі відмінності показників після лікування між групами, $p < 0,05$

При оцінці рівня тривоги та депресії після лікування було виявлено достовірні відмінності між пацієнтками досліджуваних груп (табл. 2).

Слід зазначити, що результати нашого дослідження підтверджені численними літературними даними про суттєву роль психологічного компонента в патогенезі та перебігу СХТБ: у таких пацієнток показники депресії та рівня тривоги виходять за межі нормативних. Так, у 1 групі після лікування було відмічено зниження рівня реактивної тривожності, однак достовірних відмінностей щодо рівня депресії та особистісної тривожності у порівнянні з часом до лікування не виявлено. У 2 групі в результаті лікування виявлені статистично достовірні покращення всіх досліджуваних параметрів. Крім того, у 2 групі відмічені статистично достовірні дані щодо зменшення рівня депресії та особистісної тривожності, на відміну від показників 1 групи. Результати анкетування до лікування свідчать про нижчі показники якості життя в основних групах за всіма шкалами фізичного та психологічного компонента здоров'я в порівнянні з даними контрольної групи.

Оскільки вихідні дані показників у групах не мали статистично достовірних відмінностей, ми наводимо середнє значення для основних груп (табл. 3).

Сумарний показник фізичного компонента здоров'я достовірно не відрізнявся від такого в групі контролю. Згідно з даними анкетування пацієнток 1 групи, після проведе-

ного лікування спостерігалось достовірно покращення показників фізичного здоров'я: фізичного функціонування (PF), обмеження фізичної активності через біль (RP), інтенсивності болю (BP) та загального стану здоров'я (GH) (табл. 4). Психічне здоров'я пацієнток 1 групи залишилось на низькому рівні: жодна з його складових не мала достовірних відмінностей від показників до лікування, що, на нашу думку, пов'язано з відсутністю корекції психоемоційних розладів.

Результати анкетування пацієнток 2 групи після лікування також свідчать про покращення всіх компонентів фізичного здоров'я (див. табл. 4). Статистично значущі відмінності від показників 1 групи отримані за шкалою впливу болю на щоденну активність (BP). Крім того, після лікування у 2 групі пацієнток відмічені статистично значущі зміни психічного здоров'я та усіх його складових: життєвої активності (VT), соціальної активності (SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (RE) та психічного здоров'я (MH).

У порівнянні результатів лікування між групами наявна достовірна відмінність на користь 2 групи за 5 шкалами: вплив болю на щоденну активність (BP), життєва активність (VT), соціальна активність (SF), обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми (RE) та психічне здоров'я (MH). Показник психологічного компонента здоров'я (MH) також був достовірно вищий у 2 групі дослідження.

Таблиця 2. Динаміка показників тривоги та депресії в пацієнток із СХТБ (бали)

Метод оцінки	1 група (n = 54)		2 група (n = 47)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
Реактивна тривожність	Тест Спілбергера-Ханіна			
	40,20 ± 6,54	32,40 ± 5,32*	42,80 ± 5,27	29,30 ± 5,71*, **
Особистісна тривожність	45,90 ± 5,32	42,30 ± 2,18	47,40 ± 5,01	32,80 ± 3,21*, **
Шкала депресій Центру епідеміологічних досліджень США	27,20 ± 3,87	23,40 ± 3,14	28,30 ± 5,33	12,40 ± 2,13*, **
Шкала депресії Бека	16,90 ± 2,98	12,50 ± 2,67	17,90 ± 2,13	6,50 ± 1,76*, **

* статистично значущі відмінності показників до та після лікування, $p < 0,05$;

** статистично значущі відмінності показників після лікування між групами, $p < 0,05$

Таблиця 3. Показники якості життя в основній групі та групі контролю до лікування (бали)

Показник	Основна група (n = 101)	Контрольна група (n = 34)
PF (фізичне функціонування)	71,20 ± 6,02*	95,50 ± 6,80
RP (обмеження фізичної активності через біль)	70,10 ± 9,98*	90,20 ± 4,90
BP (інтенсивність болю)	59,30 ± 8,76*	97,10 ± 7,40
GH (загальний стан здоров'я)	47,70 ± 9,06*	81,90 ± 5,30
VT (життєва активність)	47,30 ± 7,94*	72,30 ± 7,90
SF (соціальна активність)	52,90 ± 8,63*	88,30 ± 7,60
RE (обмеження повсякденної активності через емоційні проблеми)	35,30 ± 4,59*	75,50 ± 6,90
MH (психічне здоров'я)	57,70 ± 8,53*	74,40 ± 7,50
Загальний показник фізичного компонента здоров'я (PH)	52,30 ± 3,73	55,60 ± 6,20
Загальний показник психологічного компонента здоров'я (MH)	36,70 ± 2,79*	46,80 ± 5,30

* статистично значущі відмінності показників між основною та контрольною групами, $p < 0,05$

Таблиця 4. Показники якості життя в пацієнок із СХТБ до та після лікування (бали)

Показник	1 група (n = 54)		2 група (n = 47)	
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
PF	70,90 ± 6,42	82,60 ± 6,89*	71,50 ± 5,68	87,90 ± 8,23*
RP	69,80 ± 9,31	80,20 ± 10,31*	70,40 ± 8,89	80,56 ± 9,59*
BP	59,10 ± 9,98	72,90 ± 8,34*	59,60 ± 8,70	84,23 ± 9,81*, **
GH	48,10 ± 9,79	63,60 ± 5,93*	47,30 ± 8,36	64,30 ± 6,63*
VT	46,10 ± 8,91	51,70 ± 6,58	48,70 ± 7,38	60,90 ± 7,34*, **
SF	52,60 ± 8,67	57,80 ± 7,76	53,30 ± 8,09	79,62 ± 8,59*, **
RE	35,60 ± 4,54	37,90 ± 3,63	34,80 ± 5,41	69,20 ± 7,89*, **
MH	57,40 ± 8,69	57,90 ± 5,63	58,10 ± 7,63	70,10 ± 4,75*, **
Загальне PH	52,20 ± 4,09	55,10 ± 3,61	52,50 ± 3,84	54,10 ± 3,14
Загальне MH	36,50 ± 2,91	35,90 ± 4,35	36,90 ± 2,72	46,10 ± 2,39*, **

* статистично значущі відмінності показників до та після лікування, p < 0,05;

** статистично значущі відмінності показників після лікування між групами, p < 0,05

ВИСНОВКИ

1. СХТБ часто зустрічається в соціально активних жінок репродуктивного віку. Він викликає тяжку соціальну дезадаптацію і значно погіршує якість життя пацієнок. При СХТБ до фізичних чинників часто приєднуються психоемоційні фактори, які посилюють та підтримують один одного, тим самим впливаючи на результат лікування.

2. Традиційний підхід до лікування тазового болю не завжди дозволяє ліквідувати больовий синдром. Тому не-

обхідні нові підходи до лікування СХТБ, зокрема на основі вивчення психоемоційного стану пацієнок та аналізу якості життя.

3. Патогенетично обґрунтоване використання НПЗП (Діклосейф®, ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг) у комплексному лікуванні пацієнок із СХТБ дозволяє досягти значного покращення показників якості життя за рахунок корекції больового синдрому.

ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES

- Engeler, D.S., Baranowski, A.P., Dinis-Oliveira, P., et al. "The 2013 EAU guidelines on chronic pelvic pain: is management of chronic pelvic pain a habit, a philosophy, or a science? 10 years of development." *Eur Urol* 64 (2013): 431–9.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The initial management of chronic pelvic pain. Green-top Guideline No. 41. London. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2012).
- Williams, A.C., Eccleston, C., Morley, S. "Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults (review)." *Cochrane Database Syst Rev* 2 (2012): CD007407.
- Twiddy, H., Lane, N., Chawla, R., et al. "The development and delivery of a female chronic pelvic pain management programme: a specialised interdisciplinary approach." *British Journal of Pain* 9.4 (2015): 233–40.
- Ferreira Gurian, M.B., Poli Neto, O.B., Rosa e Silva, J.C., et al. "Reduction of Pain Sensitivity is Associated with the Response to Treatment in Women with Chronic Pelvic Pain." *Pain Medicine* 16 (2015): 849–54.
- Andrews, J., Yunker, A., Reynolds, W., et al. *Noncyclic Chronic Pelvic Pain Therapies for Women: Comparative Effectiveness*. Rockville, MD. Agency for Healthcare Research and Quality (2012).
- Chao, M.T., Abercrombie, P.D., Nakagawa, S., et al. "Prevalence and Use of Complementary Health Approaches among Women with Chronic Pelvic Pain in a Prospective Cohort Study." *Pain Medicine* 16 (2015): 328–40.
- Ананьєва, Л. Рациональна терапія болю – комбінація анальгетиків / Л. Ананьєва // Ліки України. – 2005. – № 2 (91). – С. 81–82.
Ananieva, L. "Rational pain therapy – a combination of analgesics." *Drugs of Ukraine* 2.91 (2005): 81–2.
- Рыбалка, А.Н. Варикозная болезнь вен малого таза как причина хронической тазовой боли / А.Н. Рыбалка, О.П. Миклин, И.К. Камилова и др. // Таврический мед.-биол. вестник. – 2015. – Т. 18, № 1 (69).

Rybalka, A.N., Miklin, O.P., Kamilova, I.K., et al. "Varicose veins of the pelvic floor as a cause of chronic pelvic pain." *Med.-biol. herald of Tavria* 1.69 Vol. 18 (2015).

- Коренная, В.В. НПВП в лечении пациенток с первичной дисменореей / В.В. Коренная // Гинекология. – 2015. – № 1. – С. 55–58.
Korennaaya, V.V. "NSAIDs in the treatment of patients with primary dysmenorrhea." *Gynecology* 1 (2015): 55–8.
- Синчихин, С.П. Некоторые современные аспекты воспалительных заболеваний органов малого таза / С.П. Синчихин, О.Б. Мамиев, Л.В. Степанян и др. // Consilium Medicum. – 2015. – № 6. – С. 73–76.
Sinchikhin, S.P., Mamiev, O.B., Stepanyan, L.V., et al. "Some modern aspects of pelvic inflammatory diseases." *Consilium Medicum* 6 (2015): 73–6. □

ЕФЕКТИВНІСТЬ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ СИНДРОМУ ХРОНІЧНОГО ТАЗОВОГО БОЛЮ

Т.Г. Романенко, д. мед. н., професор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика
О.М. Суліменко, клінічний ординатор кафедри акушерства та гінекології № 1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Доказова медицина – це підхід до медичної практики, при якому рішення щодо призначення лікувальних, діагностичних чи профілактичних заходів базується на виявлених доказах їхньої ефективності та безпечності.

Мета дослідження. Оцінка ефективності та безпечності застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП) при лікуванні хронічного тазового болю в жінок репродуктивного віку.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебувала 101 жінка репродуктивного віку з синдромом хронічного тазового болю на тлі хронічних запальних процесів органів малого таза. Пацієнтки в залежності від отриманого лікування випадковим способом були розділені на дві групи: у першій групі (n = 54) проводилась комплексна антибактеріальна терапія у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами, анальгетиками; у другій групі (n = 47) – комплексна антибактеріальна терапія у поєднанні з антиагрегантами, антигіпоксантами та НПЗП (Діклосейф[®], ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг). Критерієм виключення була наявність у пацієнтки ендометріозу. При включенні пацієнток у дослідження та через 6 місяців після завершення лікування проводилось анкетування для визначення наявності болювого синдрому, психологічного статусу та якості життя.

Результати. Відмічена позитивна динаміка кількісної та якісної характеристики болювого синдрому, а також динаміки його інтенсивності в результаті консервативного лікування протягом 6 місяців у 2 групі. Також у 2 групі відмічені статистично достовірні дані зменшення депресії та особистої тривожності на відміну від показників 1 групи.

Результати анкетування пацієнток 2 групи після лікування свідчать про покращення всіх компонентів фізичного здоров'я. Статистично значущі відмінності від показників 1 групи отримані за шкалою впливу болю на щоденну активність. Крім того, після лікування в пацієнток 2 групи відмічені статистично значущі зміни психічного здоров'я та всіх його складових.

Висновок. Патогенетично обґрунтоване використання НПЗП (Діклосейф[®], ректальні супозиторії диклофенаку натрію 100 мг) у комплексному лікуванні пацієнток із СХТБ дозволяє досягти значного покращення показників якості життя за рахунок корекції болювого синдрому.

Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, лікування, нестероїдні протизапальні препарати, Діклосейф.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ ТАЗОВОЙ БОЛИ

Т.Г. Романенко, д. мед. н., профессор кафедры акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика
О.Н. Сулименко, клинический ординатор кафедры акушерства и гинекологии № 1 НМАПО им. П.Л. Шупика

Доказательная медицина – это подход к медицинской практике, при котором решение о назначении лечебных, диагностических или профилактических мероприятий базируется на установленных доказательствах их эффективности и безопасности.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при лечении хронической тазовой боли у женщин репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдением находилась 101 женщина репродуктивного возраста с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) на фоне хронических воспалительных процессов органов малого таза. Пациентки в зависимости от полученного лечения случайным образом были разделены на две группы: в первой группе (n = 54) проводилась комплексная антибактериальная терапия в сочетании с антиагрегантами, антигипоксантами, анальгетиками; во второй группе (n = 47) – комплексная антибактериальная терапия в сочетании с антиагрегантами, антигипоксантами и НПВП (Диклосейф[®], ректальные суппозитории диклофенака натрия 100 мг). Критерием исключения было наличие у пациентки эндометриоза. При включении пациенток в исследование и через 6 месяцев после завершения лечения проводилось анкетирование для определения наличия болевого синдрома, психологического статуса и качества жизни.

Результаты. Отмечена положительная динамика количественной и качественной характеристики болевого синдрома, а также динамики его интенсивности в результате консервативного лечения в течение 6 месяцев во 2 группе. Также во 2 группе отмечены статистически достоверные данные уменьшения депрессии и личностной тревожности в отличие от показателей 1 группы.

Результаты анкетирования пациенток 2 группы после лечения свидетельствуют об улучшении всех компонентов физического здоровья. Статистически значимые различия показателей 1 группы получены по шкале влияния боли на ежедневную активность. Кроме того, после лечения у пациенток 2 группы отмечены статистически значимые изменения психического здоровья и всех его составляющих.

Заключение. Патогенетически обоснованное использование НПВП (Диклосейф[®], ректальные суппозитории диклофенака натрия 100 мг) в комплексном лечении пациенток с СХТБ позволяет достичь значительного улучшения показателей качества жизни за счет коррекции болевого синдрома.

Ключевые слова: синдром хронической тазовой боли, лечение, нестероидные противовоспалительные препараты, Диклосейф.

THE EFFECTIVENESS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS IN THE TREATMENT OF CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME

T.G. Romanenko, MD, professor at Obstetrics and Gynecology Department No. 1 of the P.L. Shupik National Medical Academy of the Postgraduate Education
O.M. Sulimenko, clinical resident at Obstetrics and Gynecology Department No. 1, P.L. Shupik National Medical Academy of the Postgraduate Education

Evidence-based medicine is an approach to medical practice in which the decision on the appointment of therapeutic, diagnostic or preventive measures is based on the evidence of their effectiveness and safety.

The aim of the study. Assessment of the effectiveness and safety of the use of NSAIDs in the treatment of chronic pelvic pain in women of reproductive age.

Materials and methods. Under supervision, there were 101 women of reproductive age with chronic pelvic pain syndrome (CPPS) on the background of chronic inflammatory processes of the pelvic organs. Patients, depending on the received treatment, were randomly divided into two groups: Group I (n = 54) – complex antibiotic therapy was conducted in combination with antiplatelet agents, antihypoxants, analgesics; Group II (n = 47) – complex antibiotic (AB) therapy was performed in combination with antiplatelet agents, antihypoxants and NSAIDs (DICLOSAFE, diclofenac sodium 100 mg). The exclusion criterion was the presence of an endometriosis in a patient.

When patients were included in the study and 6 months after the completion of the treatment, a questionnaire was conducted to determine the severity of the pain syndrome, psychological status and quality of life.

Results. Positive dynamics of quantitative and qualitative characteristics of the pain syndrome, as well as dynamics of its intensity as a result of conservative treatment for 6 months in Group II, was noted. Also, in Group II, statistically significant data on the reduction of depression and personal anxiety are noted, in contrast to the indicators of Group I.

The results of the questionnaire of patients in group II after treatment indicated improvement of all components of physical health. Statistically significant differences with the indicators of Group I were obtained on the scale of the effect of pain on daily activity. In addition, after treatment in the Group II, the patients showed statistically significant changes in mental health and all its components.

Conclusion. Pathogenetically grounded use of NSAIDs (DICLOSAFE suppositories) in the complex treatment of patients with CPPS allows to achieve a significant improvement in quality of life indicators due to the correction of pain syndrome.

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