

# Застосування Німесилу в лікуванні жінок із синдромом хронічного тазового болю при гінекологічній патології

Г.І. Резніченко<sup>1</sup>, В.Ю. Потєбня<sup>1</sup>, В.М. Плотнікова<sup>1</sup>, І.М. Бєлай<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

<sup>2</sup>Запорізький державний медичний університет

Вивчена клінічна ефективність Німесилу в лікуванні синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у жінок з гінекологічною патологією. Обстежено 87 пацієнок віком 32–58 років: 48 з них отримували у комплексній терапії препарат Німесил, 39 – інші нестероїдні протизапальні препарати. Отримані результати свідчать, що застосування препарату Німесил сприяє більш швидким позитивним змінам у клінічному перебігу захворювань у порівнянні з іншими аналогічними препаратами, дозволяє суттєво покращити якість життя пацієнок. Це свідчить про високу ефективність селективного інгібітора ЦОГ-2 Німесилу у лікуванні хворих з СХТБ та перспективність його застосування у пацієнок при інших патологічних станах, що супроводжуються больовим синдромом.

**Ключові слова:** синдром хронічного тазового болю (СХТБ), лікування, Німесил.

Найбільш поширеним синдромом, який супроводжує різноманітні гінекологічні захворювання у жінок, є тазовий біль. Саме зі скаргами на біль у животі, гострий чи хронічний, хворі найчастіше звертаються до лікарів акушерів-гінекологів, оскільки больовий синдром є основною причиною зниження якості життя і може домінувати в клінічній картині захворювання [7, 8].

За даними ВООЗ кожна п'ята людина страждає на хронічний біль, а 60% захворювань супроводжується болем [3, 10]. Актуальність синдрому хронічного тазового болю (СХТБ) у жінок зумовлена зниженням якості життя, порушеннями психосоматичного стану, депресією, соціальною дезорієнтацією, проблемами у кар'єрі, що для більшості пацієнок є більш важливим, ніж фізичні страждання [4, 7].

Біль може бути наслідком анатомічних змін та функціональних розладів у статевих органах, первинної та вторинної дисменореї, овуляції, вагінізму, запальних процесів у матці та придатках, аденоміозу, соматичної патології, пов'язаної з порушеннями функції суміжних органів, травматичними ушкодженнями, оперативними втручаннями, а поєднання патології різноманітних органів і систем може формувати феномен взаємного посилення болю [1, 5, 10].

Больові кризи у жінок поєднані з нервово-психічними, фізичними переваантаженнями і переохолодженням та супроводжуються погіршенням мікроциркуляції в матці та придатках на фоні венозного застою, порушеннями трофічних процесів в органах малого таза, розладами гормонального балансу [7, 11].

Основними патогенетичними чинниками болю у гінекологічних хворих є зміни кровонаповнення тазових органів і інтоксикація. Порушення мікроциркуляції при-

зводить до ішемії тканин, тканинної гіпоксії та вивільнення біологічно активних нейромедіаторів, таких, як серотонін, гістамін, ацетилхолін, циклооксигеназні метаболіти арахідонового каскаду, в тому числі простагландини, що, в свою чергу, призводить до пригнічення активності прогестерону та розвитку гіперпластичних процесів ендометрія [7].

Протягом багатьох років перевагу в лікуванні хронічного болю надавали нестероїдним протизапальним засобам (НПЗЗ), інгібіторам циклооксигеназної ферментної системи, які в більшості випадків ефективно усувають біль, але мають широкий спектр протипоказань і обмежень до застосування [2, 6, 9]. Нові можливості вирішення проблеми побічної дії НПЗЗ пов'язані із 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 німесулід, диклофенак натрію, дексалгін, целекоксиб та інші.

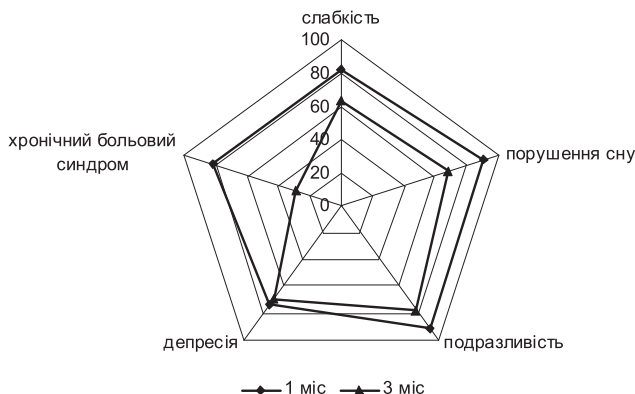
Німесулід у вигляді препарату Німесил, який за хімічною структурою належить до сульфонамідних похідних, а за своїми клінічними ефектами нагадує специфічні інгібітори ЦОГ-2, володіє протизапальними, знеболювальними та антипіретичними властивостями. Німесулід є одним із селективних інгібіторів ЦОГ-2 з оригінальною структурою, має більш високу селективність до ЦОГ-2, ніж до ЦОГ-1.

Саме патогенетичні механізми дії, і той факт, що препарат випускають у формі порошку, завдяки якій він дуже швидко абсорбується, а також його ефективність у лікуванні різноманітних соматичних захворювань зумовили наш вибір препарату Німесил.

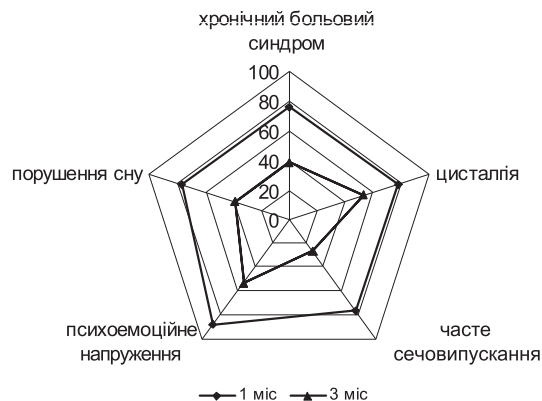
**Мета дослідження:** вивчення клінічної ефективності і перспектив застосування Німесилу в лікуванні СХТБ у жінок.

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під спостереженням перебували 87 пацієнок віком 32–58 років. Основну групу склали 48 хворих, до комплексу лікувальних заходів яким включали селективний інгібітор ЦОГ-2 Німесил. Показаннями до застосування Німесилу у 27 пацієнок (I підгрупа) у дозі 1 пакетик (100 мг німесуліду) 1 раз на добу був СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та спайкової хвороби. При різко вираженому больовому синдромі у першу добу Німесил застосовували 2 рази на добу у тій самій дозі; у 21 хворої (II підгрупа) із СХТБ на фоні хронічного уретровезикального синдрому застосовували Німесил у дозі 1 пакетик (100 мг німесуліду) 1 раз на добу. Тривалість лікування залежала від загального стану



**Мал. 1.** Динаміка клінічних проявів при застосуванні Німесилу та інших препаратів у жінок із СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів протягом лікування (%). (Результати, отримані в контрольній групі, прийняті за 100%)



**Мал. 2.** Динаміка клінічних проявів при застосуванні Німесилу та інших препаратів у жінок із СХТБ на фоні хронічного уретровезикального синдрому протягом лікування (%). (Результати, отримані в контрольній групі, прийняті за 100%)

хворой та больових проявів і складала в середньому 5 діб у I підгрупі та 5 – 10 діб – у II підгрупі. У подальшому пацієнткам рекомендували профілактичне застосування Німесилу у дозі 1 пакетик (100 мг німесулід) на добу протягом 3 днів під час провокувальних біль моментів, таких, як сильні нервово-психічні подразнення, переохолодження, фізичне навантаження та інші. Протиопказаннями до застосування Німесилу були загострення виразки шлунка, порушення гемостазу, ниркова недостатність.

До контрольної групи ввійшли 39 хворих (23 – з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та 16 – з СХТБ на фоні хронічного уретровезикального синдрому), які отримували інші нестероїдні протизапальні препарати (ібупрофен, диклак та інші) у стандартних дозах.

У динаміці всім жінкам було проведено загальноклінічне та ультразвукове обстеження. Для оцінювання якості життя використовували стандартний опитувальник, який ми адаптували з урахуванням віку пацієнтів та їхньої патології. Оцінювали 14 показників. Оцінювання кожного проводили в 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 3 міс лікування та спостереження. Отримані результати 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 тупий ниючий біль 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 застосували Німесил, відзначали зменшення вираженості болю вже в 1-у добу, а на 2–3-ю добу скарг на біль не було. Протягом дослідження пацієнтки цієї групи рідше, ніж групи порівняння, відзначали наявність клінічних симптомів та скарг на біль (мал. 1), причому спостерігалася достовірна різниця ( $P < 0,05$ ) за частотою слабкості та хронічного больового синдрому між результатами, отриманими у жінок двох

груп через 6 міс від початку лікування. Це дало змогу в подальшому 25 пацієнткам перейти на профілактичне застосування Німесилу.

У жінок з СХТБ на фоні хронічного уретровезикального синдрому при застосуванні Німесилу спостерігалися більш виражені зміни, ніж у контрольній групі (мал. 2). При проведенні подальшого лікування та спостереження у хворих суттєво зменшувалися скарги на біль, цисталгію, на 3-у місяці лікування повністю нормалізувалося сечовипускання, зменшувалися прояви порушень психоемоційної сфери. У однієї пацієнтки відзначено незначний біль під час сечовипускання, у зв'язку з чим їй було подовжено терапію Німесилом. Отримана різниця за відсотком частого сечовипускання у досліджуваній та контрольній групах мала статистично достовірний характер ( $P < 0,05$ ).

Аналізуючи результати, отримані через 1 та 3 міс від початку лікування в двох групах жінок, слід зазначити, що статистично достовірно більш кращі результати в групі, яка отримувала Німесил, спостерігалися на 3-у місяці лікування. У цей час патологічні симптоми в досліджуваній групі відзначалися вдвічі рідше, ніж в групі порівняння (мал. 1, 2).

Оцінка якості життя пацієнтів двох груп залежно від якості лікування свідчить, що до лікування основні показники досліджуваної та контрольної груп не відрізнялись, що дало змогу об'єднати їхні результати. Результати окремих показників та інтегральна оцінка якості життя до лікування та через 3 міс від його початку наведені в таблиці. Як видно з даних таблиці, у хворих із СХТБ відзначається погіршення якості життя. Через 3 міс від початку лікування більшість показників якості життя у жінок обох груп покращуються. У пацієнток, які отримували Німесил, поліпшення показників у більшості випадків має достовірний характер, статистично достовірно покращується й інтегративний показник якості життя. Через 3 міс від початку лікування у жінок обох груп відзначали статистично достовірну різницю як за бальною оцінкою інтегративного показника, так і за оцінкою порушення сну, почуття тривоги, депресії, підвищеної подразливості, конфліктів в сім'ї. Це свідчить про кращі соціальні взаємовідносини жінок, які отримували Німесил, на виробництві та в побуті. Таким чином, застосування Німесилу у жінок з хронічним тазовим болем дозволяє не лише зменшити клінічні прояви захворювання,

# ГИНЕКОЛОГИЯ

## Оцінка якості життя залежно від проведеної терапії

Показники якості життя	До лікування	Через 3 міс	
		Контрольна група	Група, яка отримувала Німесил
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) в порівнянні з відповідними показниками до лікування;

\*\* – достовірна різниця (P<0,05) в порівнянні між відповідними показниками двох груп після лікування.

але й покращити якість життя пацієнтів. Це, в свою чергу, дозволяє жінкам психологічно краще налаштуватися на лікування основного захворювання, повірити в можливість одужання, забезпечити кращий комплаєнс та можливість повного одужання.

При застосуванні в комплексному лікуванні хворих з СХТБ препарату Німесил не спостерігалось патологічних реакцій та побічної дії.

Таким чином, отримані результати свідчать про високу ефективність селективного інгібітора ЦОГ-2 Німесилу в лікуванні хворих з СХТБ та перспективність його застосування у пацієнок при патологічних станах, що супроводжуються больовим синдромом.

### ВИСНОВКИ

1. Використання у жінок з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та хронічного уретровезикального синдрому в комплексному лікуванні препарату Німесил сприяє більш швидким позитивним змінам у клінічному перебігу захворювання, відсутності больового синдрому, в порівнянні з іншими препаратами, що свідчить про його високу ефективність.

2. Застосування препарату Німесил у жінок з синдромом хронічного тазового болю дозволяє суттєво покращити якість їхнього життя.

3. У разі призначення селективного інгібітора ЦОГ-2 Німесилу у хворих з СХТБ на фоні хронічних запальних процесів статевих органів та хронічного уретровезикального синдрому не спостерігалось ускладнень та побічної дії препарату, що свідчить про безпечність його застосування у цих категорій хворих.

4. Отримані результати свідчать про необхідність більш широкого впровадження селективного інгібітора ЦОГ-2 Німесилу у жінок при захворюваннях, що супроводжуються хронічним больовим синдромом.

Подальші дослідження необхідно спрямувати на поглиблене дослідження застосування Німесилу у хворих на ендометріоз.

### Применение Нимесила в лечении женщин с синдромом хронической тазовой боли при гинекологической патологии

**Г.И. Резниченко, В.Ю. Потехина, В.М. Плотникова, И.М. Белаи**

Изучена клиническая эффективность Нимесила в лечении синдрома хронической тазовой боли (СХТБ) у женщин с гинекологической патологией. Обследовано 87 пациенток в возрасте 32–59 лет: 48 из них получали в комплексной терапии препарат Нимесил, 39 – другие нестероидные противовоспалительные препараты. Полученные результаты свидетельствуют о том, что применение препарата Нимесил способствует более быстрым положительным изменениям в клиническом течении заболеваний по сравнению с другими аналогичными препаратами и позволяет существенно улучшить качество жизни пациенток. Это свидетельствует о высокой эффективности селективного ингибитора ЦОГ-2 Нимесила в лечении СХТБ и перспективность его применения при других патологических состояниях, сопровождающихся больвым синдромом.

**Ключевые слова:** синдром хронической тазовой боли (СХТБ), лечение, Нимесил.

### The use of Nimesil in treatment of syndrome of chronic pelvic pain in gynecologic pathology

**G.I. Reznichenko, V.Yu. Potebnya, V.M. Plotnikova, I.M. Belay**

The clinical effectiveness of Nimesil in treatment of syndrome of chronic pelvic pain in women with gynecological pathology has been studied. 87 patients aged 32–59 years have been examined. 48 patients received Nimesil in complex therapy, 39 patients received other nonsteroidal anti-inflammatory drugs. The received results indicate that the use of Nimesil contributes to more rapid positive changes in clinical course of diseases compared with other similar drugs, and can significantly improve the quality of life of patients. These data show the high efficiency of selective inhibitor of cyclooxygenase-2 Nimesil in treatment of syndrome of chronic pelvic pain and the efficiency of its use for other pathological states, accompanied by pain syndrome.

**Key-words:** syndrome of chronic pelvic pain, treatment, Nimesil.

## Сведения об авторах

**Резниченко Галина Ивановна** – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 24-36-34

**Потебня Вадим Юрьевич** – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье, бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 67-05-78

**Плотникова Валентина Николаевна** – ГЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», 69065, г. Запорожье бульвар Винтера, 20; тел.: (0612) 24-36-31

**Белай Иван Михайлович** – ФПО Запорожского государственного медицинского университета, 69035, г. Запорожье, пр. Маяковского, 26; тел.: (0612) 32-22-94

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Акарачкова Е.С. Оценка эффективности мовалиса (ректальные свечи) при болевом синдроме в малом тазу у женщин в амбулаторной гинекологической практике / Е.С. Акарачкова, И.А. Захарова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – № 3. – С. 78–82.
2. Баринов А.Н. Комплексное лечение боли / А.Н. Баринов // Русский медицинский журнал. – 2007. – Т. 15, № 4. – С. 215–220.
3. Голубев В.Л. Боль – междисциплинарная проблема / В.Л. Голубев // Русский медицинский журнал. – 2008. – Т. 15, № 4. – С. 37.
4. Грек Л.П. Больевой синдром в гинекологии (огляд літератури) / Л.П. Грек, В.М. Гончаренко // Жіночий лікар. – № 4. – 2008. – С. 18.
5. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Боль: патогенез и лечение / А.Б. Данилов, Ал.Б. Данилов // Российский журнал боли. – 2010. – № 2. – С. 35–39.
6. Каратеев А.Е. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации / А.Е. Каратеев, Н.Н. Ясно, Л.Б. Лазебник. – М.: ИМАПРЕСС. – 2009. – 167 с.
7. Резниченко Г.І. Синдром хронічного тазового болю в жінок із дисменореєю: шляхи корекції. Нові підходи до лікування / Г.І. Резниченко, В.М. Плотникова, В.Ю. Потебня // Международный эндокринологический журнал. – 2008. – № 4. – С. 103–106.
8. Стеблюк В.В. Стан вегетативної регуляції та адаптаційний потенціал пацієнок з синдромом хронічного тазового болю / В.В. Стеблюк, Л.І. Васильченко, О.О. Гузієнко // Репродуктивное здоровье женщин. – 2005. – № 1. – С. 82–85.
9. Dreiser R.L. Oral meloxicam is effective in acute sciatica: two randomized double-blind trials versus placebo or diclofenac / R.L. Dreiser, J.M. Parc, P. Velicitat // 10 Inflammation Res. – 2001. – № 50. – P. 17–23.
10. Howard F.M. Chronic pelvic pain / F.M. Howard. // Obstet. Gynecol. – 2003. – № 3. – P. 594–611.
11. Stahl S.M. The psychopharmacology of painful physical symptoms in depression / S.M. Stahl // J. Clin. Psychiat. – 2002. – № 63. – P. 382–383.

*Статья поступила в редакцию 14.11.2013*