

# Комплексна терапія синдрому хронічного тазового болю у пацієнток із хронічними запальними захворюваннями органів малого таза

М.О. Щербак, к. мед. н., старший науковий співробітник, О.М. Корнієнко, к. мед. н., старший науковий співробітник, відділ сексопатології та андрології ДУ «Інститут урології НАМН України», Ю.Л. Новіцюк, клініка ISIDA

*Проблема своєчасної діагностики, адекватного та ефективного лікування синдрому хронічного тазового болю залишається актуальною в сучасних умовах. Синдром хронічного тазового болю на фоні хронічного запального процесу займає провідне місце (30%) у структурі гінекологічної патології та є однією з найбільш поширених причин звернення жінок за спеціалізованою гінекологічною допомогою. Крім того, він супроводжує низку порушень репродуктивного здоров'я жінок фертильного віку й загрожує негативними демографічними змінами в багатьох країнах світу.*

*На сьогодні існує потреба в удосконаленні та переорієнтації методологічних підходів до діагностики й лікування синдрому хронічного тазового болю на фоні запальних процесів органів малого таза.*

*У статті представлено шляхи вирішення проблеми лікування та реабілітації жінок із цією патологією за допомогою використання препаратів із фібринолітичною та протеолітичною дією – стрептокінази-стрептодорнази та Дефібри.*

*Ключові слова: синдром хронічного тазового болю, хронічні запальні захворювання органів малого таза, стрептокіназа-стрептодорназа, Дефібра.*

Згідно зі статистичними даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, біль у ділянці органів малого таза змушує звертатися до лікарів понад 60% жінок і 16% чоловіків репродуктивного віку. Синдром хронічного тазового болю (СХТБ) є складною мультидисциплінарною проблемою, з якою пацієнти, як правило, звертаються щонайменше до трьох-чотирьох лікарів різних спеціальностей (гінеколога, хірурга, проктолога, уролога, психіатра) але, незважаючи на це, достатньо часто не вирішують її остаточно [1]. Слід зазначити, що близькість розташування органів малого таза зумовлює спільну іннервацію та кровообіг, а отже, спричиняє клінічний поліморфізм захворювання.

Згідно з визначенням Міжнародного товариства з утримання сечі (International Continence Society, ICS), хронічний тазовий біль – це наявність постійного або епізодичного болю в ділянці

таза, що пов'язаний із симптомами дисфункції нижнього відділу сечовивідного тракту, порушенням статевої та сексуальної функцій, а також із кишковими розладами, за відсутності доказів інфекційного чи будь-якого іншого генезу захворювання [2]. Етіологія та патогенез СХТБ недостатньо вивчені, що ускладнює вирішення даної проблеми. За даними Національного інституту здоров'я США (National Institutes of Health, NIH), СХТБ є причиною приблизно 40% лапароскопічних операцій на органах малого таза, що проводяться з діагностичною метою; при цьому лише у 30% випадків вдається виявити чинники больового синдрому [3]. Це суттєво ускладнює встановлення діагнозу та вибір терапевтичного напрямку, а відсутність стандартів лікування з визначенням оптимальної тактики ведення пацієнта призводить до невиправданого та неконтрольованого призначення антибактеріальних препаратів.



Безперечно, для встановлення діагнозу СХТБ велике значення мають детально зібраний анамнез, включаючи сімейний і соціальний, історія захворювання, детальні відомості про супутню патологію.

Стандартне обстеження пацієнтів із СХТБ виконують за допомогою наступних методів діагностики:

- лабораторне дослідження;
- УЗД органів малого таза;
- рентгенологічне дослідження попереково-крижового відділу хребта та кісток таза;
- денситометрія для виключення остеопорозу;
- іригоскопія;
- ендоскопічне дослідження (ректоромано-, колоно-, цистоскопію);
- обстеження травного тракту та сечового міхура;
- лапароскопія [4].

СХТБ є одним із діагнозів виключення, причому у більшості випадків взагалі не вдається визначити його генез.

До патогенетичних механізмів, які лежать в основі розвитку СХТБ, відносять (Безнощенко Г.Б, Савицький П.А, 2010):

- зміни у функціональному стані центральної нервової системи;
- сегментарні вегетативні розлади;
- погіршення мікроциркуляції в матці та її придатках на фоні венозного застою;
- варикозне розширення вен малого таза;
- порушення трофічних процесів в органах малого таза;
- хронічні запальні захворювання органів малого таза та сечового міхура;
- виникнення гормонального дисбалансу.

Оцінка вираженості больового синдрому має важливе значення для визначення тяжкості й прогресування захворювання, а також у подальшому – ефективності лікування. Ведення щоденника болю, у якому жінка може відмічати вираженість больового синдрому, є важливим для вибору та активності використання анальгетичних засобів.

Для ряду пацієнтів прийнятним лікуванням є саме полегшення больового синдрому, для оцінки вираженості якого застосовують одну зі шкал:

- 5-бальна вербальна шкала: біль відсутній, легкий, помірний, сильний, дуже сильний;
- візуально-аналогова шкала (ВАШ): оцінка вираженості болю від 1 до 10 балів;
- числова 11-бальна шкала оцінки болю.

Однак досягнення лише полегшення симптомів є недостатнім для повноцінного життя пацієнта.

З урахуванням багатофакторного патогенезу СХТБ і результатів проведених у цій галузі досліджень рекомендовано комплексний лікувальний підхід, що включає такі основні ланки, як [5]:

- усунення хронічного болю (антидепресанти, антиконвульсанти);
- психологічна корекція;
- лікування нейропатії малого таза (вітаміни групи В, міорелаксанти);

- корекція патобіомеханічних порушень таза (мануальна терапія, лікувальна гімнастика).

Консервативне немедикаментозне лікування СХТБ передбачає наступний комплекс заходів: нормалізація умов праці та відпочинку з виключенням значних фізичних навантажень і тривалого перебування у вертикальному положенні; корекція харчування за рахунок включення у раціон великої кількості клітковини та рослинних жирів, повна відмова від гострої їжі, алкоголю й тютюнопаління; контрастний душ на ділянку промежини і комплекс фізичних вправ; дихальна гімнастика; носіння компресійного трикотажу.

Також пацієнтам цієї категорії показано призначення флебопротекторів [6].

Алгоритм лікування ґрунтується на рекомендаціях щодо відповідного захворювання в поєднанні із заходами, спрямованими на зменшення вираженості больового синдрому. Важливо пояснювати пацієнтам можливі причини виникнення болю та шляхи його усунення, оскільки усвідомлене сприйняття призначеної терапії має важливе значення для формування високого комплаєнсу. Також у лікуванні СХТБ ключове значення має індивідуальний підхід. За даними В. Martinez et al. (2012), СХТБ запальної етіології займає провідне місце у структурі гінекологічної патології (35%). Однак внаслідок безконтрольного прийому антибактеріальних засобів через певний час патологія може мати «змазану» картину, у зв'язку із чим унеможливується виявлення інфекційного агента за рахунок L-форм збудника.

Одним із провідних напрямків менеджменту пацієнтів із СХТБ запальної етіології є проведення комплексної протизапальної терапії з використанням препаратів фібринолітичної та протеолітичної дії.

**Мета дослідження** полягала у вдосконаленні реабілітаційних заходів при проведенні етапної протизапальної терапії у пацієнок, які страждають на СХТБ на фоні хронічних запальних захворювань геніталій.

### Матеріали та методи

Проведено клініко-параклінічне обстеження 40 жінок віком від 18 до 42 років із СХТБ на фоні хронічного запального захворювання геніталій. Для порівняльної оцінки результатів проведеної терапії учасниць було розподілено на дві зіставні за віком групи, які відрізнялися тим, що до I групи ввійшли пацієнтки, яким призначили традиційне етапне протизапальне лікування, а до II групи – пацієнтки, які крім основного лікування отримували препарати з фібринолітичною дією, а саме першим етапом – стрептокіназа-стрептодорназа (СК-СД), другим етапом – препарат Дефібра.

Відомо, що СК-СД використовується як препарат для відновлення кровообігу в органах малого таза та мікроциркуляції у слизовій оболонці матки, тому у жінок із СХТБ патогенетично

# ЕНЗИМОТЕРАПІЯ ПРИ ЗЗОМТ

## ПОСЛІДОВНЕ РІШЕННЯ ПРОТИ СПАЙОК ТА ФІБРОЗУ



### СК-СД

**СТРЕПТОКІНАЗА-СТРЕПТОДОРНАЗА**

СУПОЗИТОРІЇ РЕКТАЛЬНІ

1 СУПОЗИТОРІЙ = стрептокінази 15000 МО  
стрептодорнази 1250 МО

### ДЕФІБРА

**ГІАЛУРОНІДАЗА**

СУПОЗИТОРІЇ ВАГІНАЛЬНІ / РЕКТАЛЬНІ

1 СУПОЗИТОРІЙ = гіалуронідаза 3000 IU/МО

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. СК-СД. Лікарський засіб. РП/ UA /17590/01/01. Виробник субстанції стрептокіназа-стрептодорназа: Аmano Ензіме Інк., 1-2-7, Нішикі, Нака-ку, Нагоя 460-8630, Японія. Виробник готового лікарського засобу: Фарміна Лтд, вул. Ліпска 44, 30-721 Краків, Польща. Дефібра. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи № 12.2-18-3/28938 від 23.12.2020 Виробник: ЦИДОНІА Д.О.О., вул. Ліпа, 73, 75320 Грачаница, Боснія і Герцеговина. Ексклюзивний дистриб'ютор: ТОВ «Євролек-Україна» 08320, Київська обл., Бориспільський р-н, с. Велика Олександрівка, вул. Бориспільська, 7 тел.: 044-223-25-57 info@eurolek.com.ua; www.eurolek.com.ua



обґрунтованим є застосування ферментних препаратів, що мають фібринолітичну активність. У сучасному арсеналі засобів для ензимотерапії гідне місце займає комбінація СК-СД, що являє собою унікальний дует протеолітичного (стрептодорназа 1250 МО) і фібринолітичного (стрептокіназа 15000 МО) ферментів у формі супозиторіїв. Стрептодорназа – ендонуклеаза (фермент дезоксирибонуклеаза) спричиняє руйнування ДНК, нуклеотидів і нуклеозидів, що веде до ослаблення зв'язків нуклеопротейнів мертвих і коагульованих клітин, полегшує резорбцію ушкоджених клітин і олігопротейнів, активізує фагоцитоз мертвих клітин, але при цьому не впливає на структуру й функцію живих здорових клітин. У присутності стрептокінази і стрептодорнази значно зростає концентрація фагоцитів, поліпшується їх рухливість і збільшується відносний відсоток завершеного фагоцитозу. Тому застосування супозиторіїв із комбінацією СК-СД пришвидшує лізис лейкоцитарних мас, покращує кровообіг і мікроциркуляцію у вогнищі запалення, а також сприяє підвищенню в ньому концентрації антибактеріальних та інших лікарських засобів. На цьому фоні пришвидшується ліквідація інфільтрації, набряку та інших проявів запалення, попереджається розвиток склеротичних процесів, що, у свою чергу, зменшує больові відчуття.

Препарат Дефібра, який використовувався другим етапом терапії, являє собою кон'югат гіалуронідази. Використання спеціальної технології дозволило отримати стабілізовану форму ферменту гіалуронідази, яка володіє більш високою активністю, термостабільністю та стійкістю до дії інгібіторів. Крім того, препарат Дефібра має анальгетичні властивості, його призначення зменшує прояви продуктивної (проліферативної) фази запалення, сприяє зворотному розвитку спайкових, рубцевих і фіброзних дефектів, а також підвищує біодоступність інших лікарських засобів, що використовуються в комплексній терапії СХТБ.

У цьому дослідженні ми проводили лікування з урахуванням стану пацієнток, особливостей клінічного перебігу захворювання, результатів етіологічної верифікації діагнозу, а також на всіх етапах спостереження. Традиційно складність терапії СХТБ на фоні запального процесу пов'язана із широким спектром дії антибактеріальних препаратів. За тривалого використання ( $\geq 10$  днів) вони призводять до розвитку порушень мікроекології слизової уrogenітального тракту, а саме до зниження резистентності слизових оболонок та порушень місцевого імунітету, потенціюють виникнення ендогенної інфекції [6]. Відповідно, антибактеріальна терапія проводилась з одночасним призначенням протикандидозних препаратів, а на другому етапі лікування широко використовувались пробіотики (по одній лікувальній дозі протягом 10 днів).

Враховувалось те, що традиційна протизапальна терапія із включенням антибіотиків широкого спектра дії не завжди супроводжується досягненням повного позитивного клінічного, мікробіологічного, імунологічного й, особливо, реабілітаційного ефектів у відновленні репродуктивної та сексуальної функції [6, 7].

Саме таку етапну терапію проводили жінкам обох груп, однак досліджуваним II групи в комплекс традиційного лікування задля розширення реабілітаційних заходів на першому етапі додатково було включено препарат СК-СД, який призначали по 1 супозиторію 2 рази на день упродовж 10 днів. Другий етап полягав у включенні в лікувальну схему препарату Дефібра по 1 супозиторію 1 раз на день протягом 20 днів.

Аналіз динаміки клінічних проявів захворювання на фоні лікування продемонстрував, що застосування вдосконаленого лікувального комплексу приводить до значущо більш виражених змін, ніж базисна терапія.

У всіх пацієнток у динаміці лікування досліджували вираженість больового синдрому з використанням шкали ВАШ. Через місяць спостереження проводилась оцінка самопочуття жінок, показників вагінального здоров'я, гормонального гомеостазу та ультрасонографічних змін стану органів малого таза.

Після проведеного лікування пацієнтки I групи оцінили біль за шкалою ВАШ в 1,9 бала, II групи – у 0,45. При цьому достовірне зменшення больового синдрому за шкалою ВАШ відмічалось в досліджуваних II групи вже на 3-тю добу терапії.

Частою скаргою пацієнток до лікування була альгодисменорея, яка мала місце у 85% жінок I групи та у 90% учасниць II групи. Після проведеної терапії ці показники становили 65 та 30% відповідно, причому пацієнтки II групи відмічали зниження саме інтенсивності болю.

До лікування на диспареунію скаржилися 55 та 60% пацієнток I та II груп відповідно, однак після проведеної терапії ці показники становили 40 та 15%. Також слід зазначити, що 80% хворих в обох групах до лікування відмовлялися від статевого життя взагалі, оскільки це створювало для них великий дискомфорт. Після проведеної терапії 25% жінок із I групи протягом 3 міс відновили статеве життя, хоча й відмічали при цьому певний дискомфорт, 50% пацієнток II групи повністю відновили своє статеве життя, а 30% – взагалі не відчували дискомфорту під час статевої близькості.

Оцінка якості життя проводилась за 10-бальною шкалою. За результатами дослідження, жінки у I та II групах оцінили якість життя до отримання терапії в середньому на 2,1 та 2,4 бала відповідно, натомість як після закінчення терапії ці показники становили 4,2 та 7,6 бала. Це дало нам змогу зробити висновок про покращення не лише соматичного здоров'я жінок, а й їхнього психоемоційного стану.

**Висновки**

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що розроблений удосконалений лікувальний комплекс, до складу якого входять препарати СК-СД, стрептокиназа-стрептодорназа та Дефібра, є досить ефективним та безпечним. Вибрана схема терапії дозволяє не тільки усунути прояви СХТБ, а й покращити якість життя пацієнток.

**Література**

1. Hunter C.W., Stovall B., Chen G., Carlson J., Anatomy L.R. Pathophysiology and Interventional Therapies for Chronic Pelvic Pain: A Review. *Pain Physician*. 2018 Mar; 21(2):147-167.
2. Reproductive Health Strategy. Geneva: Department of Reproductive Health and Research; 2004.
3. Speer L.M., Mushkbar S., Erbele T. Chronic Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2016 Mar 1; 93(5):380-7.
4. Характеристика репродуктивного здоров'я населення України / О.О. Дудіна, Н.Г. Гойда, Р.О. Моїсеєнко [та ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідемічну ситуацію. 2010: Монографія / За ред. О.В. Аніщенко. – К., 2011. – С. 54-66.
5. Lillemon J.N., Nardos R., Kaul M.P., Johnson A.N., Choate A., Clark A.L. Complex Female Pelvic Pain: A Case Series From a Multidisciplinary Clinic in Urogynecology and Physiatry. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019 Mar/Apr; 25(2): e34-e39.

6. RCOG. Scientific Impact Paper No. 46: Therapies Targeting the Nervous System for Chronic Pelvic Pain Relief. *Obstet Gynecol*, 2015;17: 216-216.

**Complex therapy of chronic pelvic pain syndrome in patients with chronic pelvic inflammatory diseases**

**M.O. Scherbak, O.M. Kornienko, Yu.L. Novitsyuk**

The problem of timely diagnosis, adequate and effective treatment of chronic pelvic pain syndrome remains urgent in modern conditions. Chronic pelvic pain syndrome on the background of chronic inflammatory process occupies a leading place (30%) in the structure of gynecological pathology and is one of the most common reasons for women to seek specialized gynecological care. In addition, it accompanies the numerous of reproductive health disorders in women of reproductive age and threatens negative demographic changes in many countries around the world.

Today there is a need to improve and re-evaluate methodological approaches in the diagnosis and treatment of chronic pelvic pain syndrome on the background of inflammatory processes of the pelvic organs.

The article presents a solution to the treatment and rehabilitation problem of women with this pathology through the use of such medicines with fibrinolytic and proteolytic action as streptokinase-streptodornase (SK-SD) and Defibra.

**Keywords:** chronic pelvic pain syndrome, chronic pelvic inflammatory diseases, SC-SD, Defibra.

**КНИЖКОВА ПОЛИЦЯ****Нетримання сечі у жінок: навчальний посібник**

За ред. В.І. Горового, О.І. Яцини. – Вінниця: ТОВ «Твори», 2020. – 460 с.: іл.

Навчальний посібник висвітлює сучасні питання анатомії, термінології, епідеміології, етіології, патофізіології, діагностики та лікування різних видів нетримання сечі у жінок. Наведена власна оригінальна класифікація стресового нетримання сечі у жінок, а також методи консервативного та хірургічного лікування цього поширеного захворювання з позицій уродинамічних досліджень. Представлено сучасні класифікації пролапсів тазових органів та методи їх корекції у жінок із нетриманням сечі. Описані причини, методи діагностики та лікування імперативного, нейрогенного, парадоксального, коїтального, функціонального та нетримання сечі після завершення акту сечовипускання, які недостатньо повно описані у вітчизняній літературі. Дана характеристика сучасним абсорбуючим захисним гігієнічним засобам для пацієнток із нетриманням сечі.

Пропонується для практичного використання урологам, акушерам-гінекологам, хірургам, невропатологам, сімейним лікарям, фі-

зіотерапевтам, клінічним ординаторам, інтернам, а також студентам вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації.

Стосовно придбання посібника звертатися за тел.: (097) 751 81 53.