

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КЕТОПРОФЕНА (КЕТОНАЛА) В ПРАКТИКЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ.

С.Б. Ходаковский, А.Н. Гура

Кафедра акушерства и гинекологии №1 НМАПО им. П.Л. Шупика

Н.А. Захаренко

Кафедра акушерства и гинекологии №2 НМУ

Анализ медицинской литературы свидетельствует о значительном количестве разнообразной гинекологической и экстрагенитальной патологии, при которой симптом абдоминальной и тазовой боли является ведущим. Боль - одно из самых первых и древних ощущений, испытываемых человеком. Отношение к боли противоречиво. С одной стороны это защитная реакция организма человека на повреждающий агент, с другой - мучение, отравляющее сознание и приносящее физическое страдание, которому человек всецело подчинен [1, 2, 7].

Патогенез боли сложен, носит многоуровневый характер, складывается из центральных и периферических механизмов. Объективный анализ боли отсутствует, что и предопределяет сложность ее исследования. Субъективная оценка болевого раздражителя пациентом — вот что положено в оценку степени выраженности болевого синдрома [4, 6].

В 1976 году П.К. Анохиным была дана классическая трактовка боли «как интегративной функции организма, которая мобилизует разнообразные функциональные системы для защиты организма от воздействия вредящего фактора и включает такие компоненты, как сознание, ощущение, память, мотивации, вегетативные, соматические и поведенческие реакции, эмоции».

Клинически выделяют острую (физиологическую) и хроническую (патологическую) боль. И.П. Павловым определен биологический смысл острой (физиологической) боли - «в отбрасывании, выбрасывании всего, что мешает, угрожает жизненному процессу, того, что нарушает уравнивание организма с внутренней и внешней средой».

Причина формирования хронической (патологической) боли - длительно протекающие патологические процессы: пролиферативное воспаление различной этиологии и локализации, доброкачественные и злокачественные новообразования, аномалии положения и развития органов, перенесенные хирургические вмешательства на органах малого таза и брюшной полости. «Хроническая тазовая боль» включает в себя следующие симптомы - собственно тазовую боль, дисменореи, диспареунии. Данные ВОЗ свидетельствуют о том, что у каждого пятого человека наблюдается хроническая боль, 60% женщин ежегодно обращается к акушеру-гинекологу по поводу тазовых болей. Такое положение проблемы привело к тому, что данный симптомокомплекс обозначается следующими понятиями, которые, по сути, являются синонимами: «стойкий болевой синдром», «синдром тазовой боли», «тазовый невроз», «вегетативный тазовый ганглионеврит», «психосоматический тазовый застой» [5, 8, 9].

Особое место занимает проблема послеоперационного болевого синдрома. От данного состояния страдают от 30 до 75% прооперированных пациентов. Боль, являясь причиной каскада дезадаптивных реакций, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляторного русла, сопровождающихся развитием иммуносупрессивных и

дисгормональных нарушений, что в значительной мере может замедлить процесс выздоровления [3].

Клинически, гиперактивация симпатической нервной системы, проявляется тахикардией, гипертензивным состоянием, обусловленным периферическим сосудистым спазмом.

Неадекватное обезболивание может осложниться неконтролируемым выбросом катехоламинов, за счет гиперстимуляции симпатической нервной системы, приводя к прогрессированию процессов агрегации в кровяном русле, тем самым способствуя развитию тромбоэмболических осложнений. Так же неадекватное обезболивание способствует развитию хронических послеоперационных болевых синдромов.

В недалеком прошлом применение опиоидных анальгетиков в послеоперационном периоде рассматривалось как основа обезболивания оперируемых больных. Но такие отрицательные моменты, присущие использованию наркотических анальгетиков, как, угнетение дыхания, депримирующее действие на ЦНС, возникновение привыкания вызывает недовольство специалистов и способствует поиску других групп препаратов, лишенных отрицательных свойств опиоидов [3].\

Кетопрофен (Кетонал) относится к группе нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), производных пропионовой кислоты с успехом применяемых в различных областях медицины. Препарат обладает широким спектром лечебного воздействия на организм человека.

К ведущим лекарственным свойствам относят: противовоспалительное, анальгезирующее, жаропонижающее. Механизм действия основан на ингибировании синтеза простагландинов на уровне циклооксигеназы, обладает антибрадикининовой активностью, стабилизирует лизосомальные мембраны.

НПВС относят к одним из наиболее эффективных и перспективных средств защиты периферических ноцицепторов. Механизм действия НПВС обусловлен подавлением активности циклооксигеназы - фермента, контролирующего синтез простагландинов. В свою очередь простагландины, не являясь медиаторами болевого импульса, снижают порог болевой чувствительности, т.е. действуют сенсibiliзирующе на периферические болевые рецепторы.

Выделено две изоформы формы ЦОГ - ЦОГ₁ и ЦОГ₂, которым приписывают разные функции в норме и при патологии. Однако в последнее время такое деление между двумя изоформами фермента считают относительным, и данное мнение пересматривается. Учитывая возможные отрицательные эффекты НПВС на ЖКТ, ЦНС, мочевыделительную систему, разнообразные аллергические реакции были разработаны селективные ингибиторы ЦОГ₂- весьма эффективные противовоспалительные препараты, отрицательные эффекты которых на органы и системы организма минимизированы. Но, как правило, выигрывая в одном, проигрываем в другом - анальгетический эффект селективных ЦОГ уступает неселективным, и далеко не всегда бывает достаточным.

Исходя из вышеизложенной информации в клинической практике, зачастую, предпочтение отдается неселективным ингибиторам ЦОГ. Из значительного количества лекарственных форм, представленных на фармакологическом рынке Украины,

предпочтение отдается кетопрофену, в частности препарату «Кетонал».

Что же привлекает врачей в этом препарате:

1. Двойной механизм действия, обеспечивающий максимальный обезболивающий эффект (периферическое действие - ингибирование действия простагландинов и центральное - воздействие на уровне задних столбов спинного мозга)
2. Самый мощный обезболивающий эффект в группе НПВС по принципу «минимальная доза - максимальный эффект» (кетопрофен - 25 мг; диклофенак - 50 мг; напроксен - 250 мг; ибупрофен - 400 мг; парацетамол - 650 мг)
3. Обезболивающее действие сопоставимо с действием морфина
4. Обладает лучшей анальгетической активностью
5. Выраженный противовоспалительный эффект, превосходящий «стандартные» НПВС (ингибирует синтез основных медиаторов воспаления: простагландинов, лейкотриенов, тромбоксанов), высокая степень безопасности, в том числе и при длительном применении
6. Области применения:
 - купирование острого болевого синдрома различной этиологии (премедикация, послеоперационный период, острая травма, ожоги, эндопротезирование)
 - острые и хронические болевые синдромы (ревматические, неврологические, гинекологические заболевания, онкологическая практика)
 - ревматологическая практика (ревматоидный артрит, серонегативный спондилоартрит, остеоартрит, подагрический и псевдоподагрический артрит)
 - гинекологическая практика (обезболивание при малых операциях: прерывание беременности в малых сроках в амбулаторных условиях, аспирационная биопсия, диагностическое выскабливание, введение внутриматочных контрацептивов, диатермокоагуляция, удаление кисты бартолиниевой железы; послеоперационное обезболивание; комплексное лечение воспалительных заболеваний внутренних половых органов, синдром тазовых болей, дисменорея, эндометриоз (в роли вспомогательной терапии))
 - многообразии лекарственных форм (таблетки, капсулы, раствор для инъекций, ректальные свечи, крем)

Цель исследования: оптимизация методов профилактики и лечения болевого синдрома в практике гинекологического отделения.

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 147 женщины в возрасте от 18 до 55 лет. Все обследуемые проходили лечение в гинекологическом стационаре по поводу разнообразной патологии органов репродуктивной системы.

Все обследуемые были распределены в следующие группы:

I группу составили 63 женщины, которым в плановом порядке была произведена операция искусственного аборта в сроках беременности 5-11 недель беременности и фракционное выскабливание по поводу патологии эндометрия и миомы матки. Пациентки были обследованы в плановом порядке в ЖК, противопоказаний к проведению аборта не было. Операция проводилась под кратковременным

внутривенным наркозом (по желанию пациентки). Методика применения Кетонала заключалась в следующем. Учитывая тот факт, что обезболивающий эффект от внутримышечного введения наступает через 10-15 минут, буквально накануне проведения операции осуществлялось введение 200 мг, последующие введения осуществлялись из расчета 300 мг/сутки в капсулах на протяжении 3-5 дней.

II группу составили 39 женщины, прооперированные в плановом порядке по поводу стромальных опухолей матки. С первых суток послеоперационного периода больным с целью обезболивания назначался Кетонал в дозе 200 мг/сутки внутривенно в два приема на протяжении 2-3 дней.

III группу составили 23 пациентки с воспалительными процессами органов малого таза (острое и обострение хронического воспаления). Препарат назначался в капсулах по 50 мг утром и днем и свеча 100 мг ректально на ночь до купирования острого периода воспаления.

IV группу составили 22 пациентки, поступившие в порядке скорой помощи с диагнозом, дисменорея. Препарат в момент поступления применялся в форме в/м инъекции 100 мг с переходом на пероральные (50 мг) и ректальные (100 мг) формы, до момента стойкого купирования болевого синдрома (в среднем 5-7 дней).

Эффект обезболивающего действия оценивался на основании субъективной оценки эффективности анальгезии пациентками по шкале, согласно которой: 1 балл - отлично, 2 балла - очень хорошо, 3 - хорошо, 4 - удовлетворительно, 5 - плохо.

Результаты исследований и их обсуждение. Для клинической оценки эффективности обезболивающего действия Кетонала использована субъективная оценка проводимой терапии пациентками, а также переносимость препарата

Оценка эффективности обезболивания Кетоналом у пациенток исследуемых групп

Эффективность	Оценка пациентки			
	I группа (n=63)	II группа (n=39)	III группа (n=23)	IV группа (n=22)
Отличная	28 (45%)	21 (54%)	15 (65%)	17 (77%)
Хорошая	21 (34%)	11 (28%)	7 (30%)	4 (18%)
Удовлетворительная	10 (16%)	5 (13%)	1 (5%)	1 (5%)
Неудовлетворительная	4 (5%)	2 (5%)	0 (0%)	0 (0%)

Оценка переносимости Кетонала у пациенток исследуемых групп

Эффективность	Оценка пациентки			
	I группа (n=63)	II группа (n=39)	III группа (n=23)	IV группа (n=22)
Отличная	32 (51%)	24 (62%)	16 (70%)	18 (82%)
Хорошая	25 (40%)	11 (26%)	5 (22%)	3 (14%)
Удовлетворительная	6 (9%)	3 (8%)	2 (8%)	1 (4%)
Неудовлетворительная	0 (%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)

Из приведенных в таблицах данных следует вывод о высокой терапевтической эффективности и переносимости Кетонала, применяемом при разнообразной гинекологической патологии. Кроме этого, отмечен значительный противовоспалительный и антипиретический эффекты. В первой группе пациенток применение Кетонала позволило отказаться от превентивного назначения антибактериальных препаратов, что позволило избежать дисбиотического воздействия на организм пациенток, а во второй группе пациенток температура тела не превышала 37,3°C, что свидетельствовало о выраженном противовоспалительном действии и уменьшении выраженности воспалительной реакции.

Высокая эффективность применяемого препарата в 3 и 4 группах основана на патогенетических механизмах развития данных патологических состояний.

Выводы

1. Синдром острой и хронической абдоминальной и тазовой боли характерен для широкого спектра гинекологической патологии
2. Неселективный ингибитор ЦОГ кетопрофен (Кетонал) обладает выраженным болеутоляющим и противовоспалительным действием при минимальных побочных эффектах
3. Разнообразие лекарственных форм позволяет комбинировать пути введения препарата, делая его наиболее приемлемым в той или иной ситуации
4. Выраженный обезболивающий эффект обеспечивает более быстрое улучшение качества жизни женщины, повышая при этом эффективность этиотропной терапии.

Литература:

1. Берн Дж. Л. И др. Боль в животе острая // Трудный диагноз. - М.: Медицина, 1995. - Т.1. -С. 137-149.
2. Бодяжина В.И. О болевом синдроме при сальпингоофорите // Акуш. и гин. - 1978. - №1. - С. 10-12.
3. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание // М.: Медицина, 1997. - 280 с.
4. Игнатов Ю.Д., Зайцев А.А., Эвартау Э.Э. и др. Болевой синдром / Под ред. В.А. Михайловича, Ю.Д. Игнатова. - Л.: Медицина, 1990. - 335 с.
5. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Мынбаев О.А. Хирургическое лечение тазовых болей // Оперативная гинекология. - М.: Медицина; Антитор. - С. 707-799.
6. Лиманский Ю.П. Физиология боли. - Киев: Здоров'я, 1986. - 230 с.
7. Наухус Л.М., Вителло Дж., Конден Р.Э. Боль в животе // Руководство по неотложной диагностике заболеваний органов брюшной полости. - М.: Бино, 2000. - 320 с.
8. Подзолкова Н.М., Глазкова О.Л. Симптом. Синдром. Диагноз. Дифференциальная диагностика в гинекологии. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 520 с.
9. Савицкий Г.А., Иванова Р.Д., Щеглов И.Ю., Попов П.А. Хирургическое лечение синдрома тазовых болей в гинекологической практике. - СПб.: Элби, 2000. - 144 с.