

Ефективна стратегія боротьби з больовим синдромом при ХП/СХТБ у військових

Від моменту повномасштабного вторгнення в Україну на захист країни стали як кадрові військові, так і мобілізовані чоловіки цивільних спеціальностей. Високий рівень стресу, несприятливі фактори зовнішнього середовища, важкі умови служби негативно впливають на стан чоловічого здоров'я, спричиняючи розвиток гострих та загострення хронічних захворювань різних систем організму, у тому числі й урогенітального тракту. Саме тому пошук ефективних підходів до купірування запалення й болю стає нагальним питанням для лікарів в умовах воєнного стану. Ключові слова: хронічний простатит, синдром хронічного тазового болю, нестероїдні протизапальні препарати, диклофенак натрію, ректальні супозиторії, Диклоберл®.

Актуальність проблеми простатиту: сучасні реалії

Учені встановили, що 35-50% чоловіків хоча б один раз у житті повідомляли про наявність симптомів нижніх сечових шляхів, характерних для запалення передміхурової залози, а у 8-11% мешканців європейських країн простатит має рецидивуючий характер (Polackwich A.S. et al., 2016).

Простатит є причиною розвитку синдрому хронічного тазового болю. Відповідно до класифікації Національних інститутів охорони здоров'я (NIH, США), визначають чотири типи простатиту: типи I і II, відповідно гострий і хронічний бактеріальний простатит; тип III, або хронічний простатит/синдром хронічного тазового болю (ХП/СХТБ), та тип IV, або безсимптомний простатит. ХП/СХТБ підрозділяється на підтипи IIIa (запальний) та IIIb (незапальний) залежно від наявності ознак запального процесу у секреті простати.

ХП/СХТБ є поширеною проблемою серед чоловічого населення у всьому світі, яка не має чіткої асоціації з бактеріальною інфекцією й поєднує ознаки запалення простати та хронічного больового розладу (Gorunchenko I., 2021). Згідно зі статистичними даними, частка пацієнтів із ХП/СХТБ складає від 1,8 до 8,2% у загальній популяції (Suskind A. M. et al., 2013) та 11,5% – серед чоловіків віком <50 років (Clemens J.Q. et al., 2019). В Україні це захворювання уражає приблизно 19% чоловічого населення віком від 20 до 60 років.

Вплив зовнішнього середовища та стресу на розвиток і рецидивування простатиту у військовослужбовців

Слід зазначити, що важкі умови служби під час воєнних дій можуть спричинити розвиток захворювань сечостатевої системи, зокрема доброякісної гіперплазії передміхурової залози, розладів сечовипускання, нетримання сечі, еректильної дисфункції та раку простати. Так, під час війни в Афганістані та Перській затоці понад 3,5 млн військовослужбовців піддавалися впливу токсичного диму від ям для спалювання відходів та сміття, у тому числі хімічних речовин та зброї, що призводило до виникнення серйозних проблем із чоловічим здоров'ям.

Несприятливі фактори зовнішнього середовища часто стають причиною виникнення рецидивів запальних процесів органів урогенітального тракту у військових, у тому числі й ХП, що негативно впливає на їхній психоемоційний стан та здатність виконувати професійні обов'язки. Існує безліч різних чинників, які сприяють загостренню хронічного запалення передміхурової залози. Найбільше значення саме у військових, особливо тих, які знаходяться в зоні бойових дій, мають наступні фактори:

- надмірні фізичні й психологічні навантаження за відсутності умов для повноцінного відновлення, хронічне недосипання;
- гострий і хронічний і стрес;
- часті й тривалі переохолодження;
- гострі респіраторні інфекційні захворювання та загострення будь-якої хронічної патології;
- порушення звичних умов прийому їжі, обмежений харчовий раціон і невідповідність його значно підвищеним потребам організму, у тому числі дефіцит життєво важливих для нормального функціонування імунної системи нутрієнтів.

Більшість вищеперерахованих факторів призводять до погіршення як загального, так і місцевого імунітету та провокують розвиток запального процесу у простаті.

Серед відомих гіпотез виникнення симптомів ХП/СХТБ розрізняють запалення, міалгію внаслідок патологічного напруження м'язів тазового дна, різницю в чутливості до системного тиску, несприятливі фактори зовнішнього середовища, стрес та ін. (Davis S.N. et al., 2011; Ahn S.G. et al., 2012).

Варто зазначити, що стрес сам по собі є потужним тригером для розвитку, подовження та загострення симптомів простатиту (Miller H.C., 1988), особливо в екстремальних умовах воєнних дій.

Метою дослідження S.G. Ahn et al. (2012) було вивчення впливу ХП, який супроводжується СХТБ, на психологічний стан військовослужбовців, а також визначення ефективних стратегій подолання тривожності, депресії та стресу. Для оцінки результатів дослідження вчені використовували Госпітальну шкалу тривожності та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), а також шкали Гамільтона (HARS та HDRS). Відповідно до висновків, група пацієнтів із ХП/СХТБ мала вищий рівень сприйняття щоденного стресу порівняно з контрольною групою. До того ж ХП і тривалий больовий синдром можуть виступати додатковим джерелом стресу, що значно погіршує фізичний і психологічний стан, утворюючи хибне коло, яке можна розірвати тільки за допомогою ефективних фармакологічних підходів.

Етіологія запального процесу та первинна мета лікування

Запалення передміхурової залози може мати неінфекційну етіологію, наприклад пов'язану з гормональними відхиленнями, запальними захворюваннями органів малого таза або застоєм секрету залози через тривале статеве утримання або перерваний статевий акт. У 65% випадків інфекційного ХП етіологічним чинником є *Escherichia coli*, рідше – *Candida*, *Klebsiella* та ін. Слід зазначити, що у сучасних умовах ХП частіше є наслідком патогенної дії змішаної урогенітальної флори, яка може призводити до багатоголишевого ураження сечостатевої органів та частих рецидивів.

ХП/СХТБ маніфестує болем у ділянці таза, розладами сечовипускання, сексуальною дисфункцією, а також спричиняє психологічні проблеми, такі як депресія та тривога. Тому первинною метою лікування ХП є досягнення клінічного одужання із профілактикою ускладнень, а також поліпшення якості життя хворих.

При підозрі на бактеріальний простатит хворим призначають антибіотикотерапію, часто в комбінації з α -адреноблокаторами (Pontari M., 2017).

Важливою складовою ведення хворих із ХП/СХТБ є ефективне та безпечне знеболення, що відображено в настановах Європейської асоціації урології (EAU, 2022).

Роль НПЗП у менеджменті хронічного простатиту/ синдрому хронічного тазового болю

У практиці уролога нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є незамінним компонентом терапії больового синдрому будь-якої етіології. НПЗП рекомендовані для знеболення пацієнтів у перед- та післяопераційному періодах при проведенні втручання на сечовому міхурі та передміхуровій залозі, зокрема екстракорпоральної ударно-хвильової терапії, трансуретральних процедур та лапароскопічних операцій (Paez Borda A. et al., 2015).

Біль, асоційований із урологічним СХТБ, є основною скаргою чоловіків, і, враховуючи той факт, що запалення відіграє значну роль у патогенезі цього захворювання, експертна рада EAU (2022) рекомендує таким хворим призначення НПЗП із рівнем доказовості 1A. Ефективність протизапальних засобів у цієї категорії пацієнтів виявилася на 80% вищою порівняно із плацебо (Nickel J.C. et al., 2006).

Диклофенак натрію є одним із найбільш широко застосовуваних НПЗП у хворих урологічного профілю як лікарський засіб із переконливою доказовою базою. За результатами численних досліджень, цей препарат має оптимальні знеболювальні та протизапальні властивості,

зумовлені механізмами його дії. R.A. Alfaro et al. (2021) довели, що диклофенак блокує вироблення тромбоксанів, переважно тромбоксану B2, і є одним із найефективніших інгібіторів синтезу простагландину E2. Серед інших властивостей діючої речовини слід виділити пригнічення субстанції P та γ -рецепторів, що активуються проліфератором пероксисом (PPAR- γ), блокування кислоточутливих іонних каналів, а також інгібування NMDA-рецепторів гіпералгезії (Gan T.J. et al., 2010).

Крім того, НПЗП здатні потенціювати ефект антибактеріальної терапії проти основного збудника інфекційного простатиту – *E. coli* (Mazumdar K. et al., 2006). A. Kronenberg et al. (2017) припустили, що диклофенак має властивість знижувати ризик розвитку антибіотикорезистентності у пацієнтів із неускладненими інфекціями сечовивідних шляхів. Висновки дослідження І.І. Горпинченка (2021) підтверджують ефективність диклофенаку натрію у зменшенні запальних змін еякуляту, полегшенні симптомів простатиту та покращенні психоемоційного стану пацієнтів із ХП/СХТБ, зокрема у зниженні рівня депресії та тривоги.

Для уникнення небажаних побічних ефектів при тривалому застосуванні НПЗП експерти рекомендують надавати перевагу препаратам у формі супозиторіїв (Hua S. et al., 2019). Коли важливо досягти швидкого та тривалого терапевтичного ефекту при максимальній безпечності, диклофенак натрію у формі ректальних супозиторіїв є препаратом вибору у пацієнтів із простатитом та СХТБ.

При введенні диклофенаку *per rectum* абсорбція діючої речовини відбувається через нижні гемороїдальні вени, завдяки чому вона швидко потрапляє у системний кровотік, оминаючи печінку.

Препарат диклофенаку натрію Диклоберл® (виробництва компанії «Берлін-Хемі») вирізняється унікальною торпедоподібною формою супозиторіїв, яка дозволяє вводити їх у пряму кишку без додаткового пальцевого проникнення, позбавляючи пацієнта неприємних відчуттів та підвищуючи комплаєнс.

Висновки проведених досліджень свідчать про високий знеболювальний ефект місцевої форми Диклоберлу у складі комплексної терапії хворих на простатит (Migov V. et al., 2013). Пацієнти із ХП, яким було призначено екстракорпоральну ударно-хвильову терапію, після застосування супозиторіїв відмічали достовірне зменшення болю за шкалою NIH-CPSI (на $48,4 \pm 1,8\%$ за 30-денний період), демонструючи високу прихильність до лікування (Spiridonenko V., 2017).

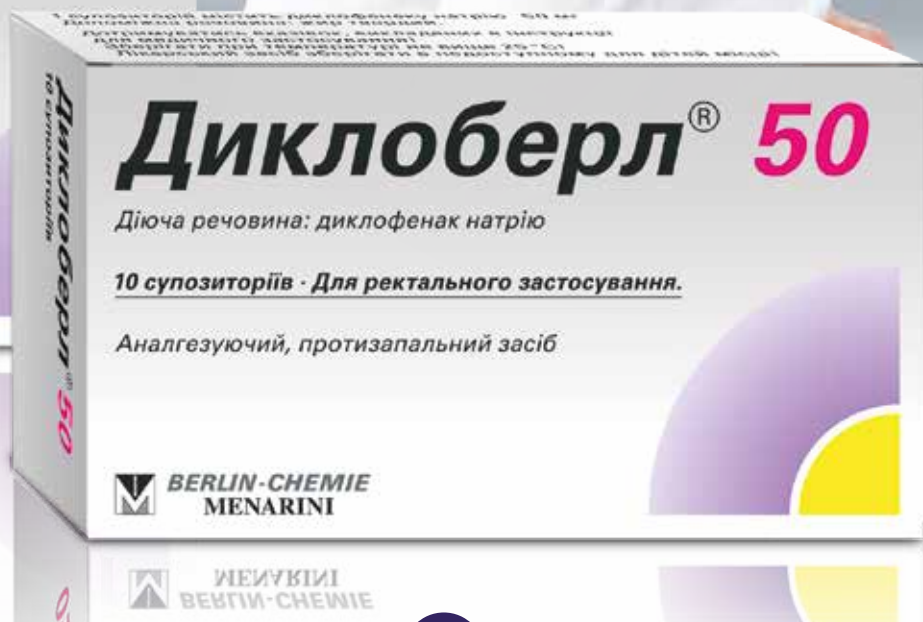
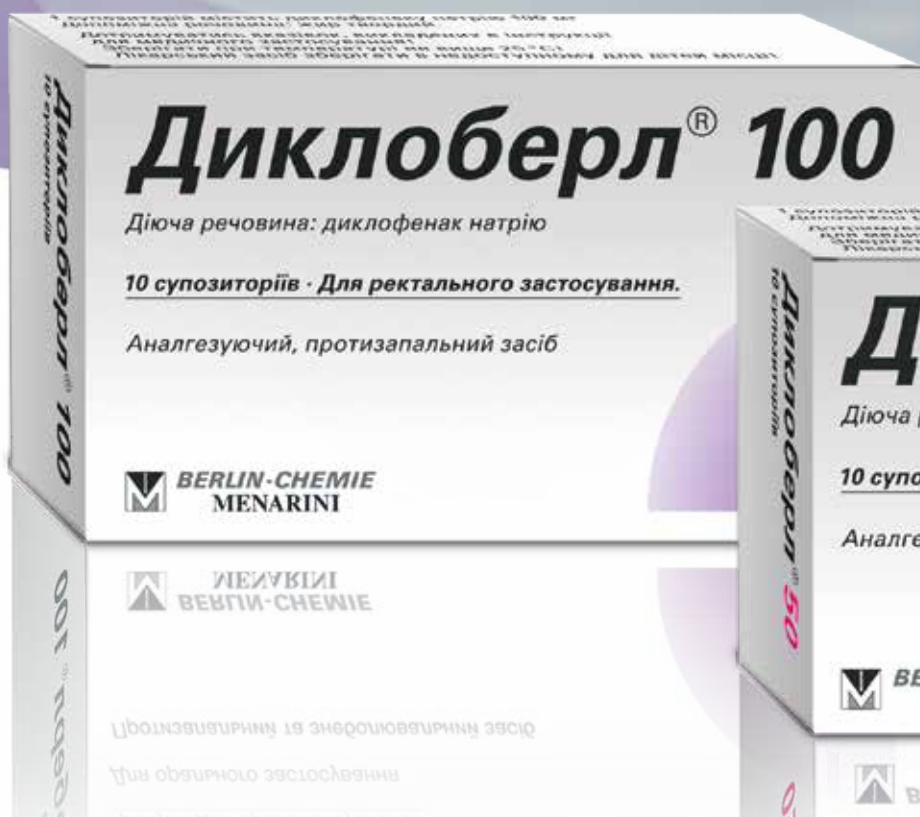
Ю.М. Гурженко та співавт. (2011) довели ефективність ректальної форми Диклоберлу у зменшенні інтенсивності больового синдрому у 81,8% чоловіків із ХП/СХТБ на 34-й день лікування.

Пошук ефективних підходів до купірування запалення й болю при загостренні хронічних захворювань урогенітального тракту стає нагальним питанням для лікарів в умовах воєнного стану. Застосування НПЗП, а саме диклофенаку у формі ректальних супозиторіїв (Диклоберл®) є ключовим компонентом комплексної терапії ХП/СХТБ, адже ефективне знеболення та зменшення інтенсивності запального процесу покращує перебіг захворювання, фізичний та психоемоційний стан, що є вкрай важливим для чоловіків-військовослужбовців.

Підготувала **Дарина Чернікова**

Диклоберл® diclofenac sodium

**ДИКЛОФЕНАК
№1 В УКРАЇНІ
ЗА РЕКОМЕНДАЦІЯМИ ЛІКАРІВ¹**



✓ **МАКСИМАЛЬНА КОНЦЕНТРАЦІЯ
У ПЛАЗМІ КРОВІ ДОСЯГАЄТЬСЯ
ПРИБЛИЗНО ЧЕРЕЗ 1 ГОДИНУ²**

✓ **ТОРПЕДОПОДІБНІ
СУПОЗИТОРІЇ²**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності спеціалістів в галузі охорони здоров'я.
Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100.

Склад: Супозиторії: 1 супозиторій містить диклофенаку натрію 100 мг або 50 мг.

Фармакотерапевтична група. Скорочена інструкція для медичного застосування лікарського засобу Диклоберл 50, 100. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби. Код АТХ М01А В05.

Показання. Запальні і дегенеративні форми ревматизму: ревматоїдний артрит, анкілозуючий спондиліт, остеоартрит, включаючи спондилоартрит. Больові синдроми з боку хребта. Ревматичні захворювання позасуглобових м'яких тканин. Посттравматичні і післяопераційні больові синдроми, що супроводжуються запаленням і набряком, зокрема після стоматологічних та ортопедичних операцій. Гінекологічні захворювання, які супроводжуються больовим синдромом і запаленням, наприклад, первинна дисменорея та аднексит. Напади мігрені. Гострі напади подагри. Як допоміжний засіб при тяжких запальних захворюваннях ЛОР-органів, які супроводжуються болісним відчуттям, наприклад, при фарингиті, отиті.

Протипоказання. Гіперчутливість до діючої речовини або до будь-якої допоміжної речовини лікарського засобу, що перелічені у розділі «Склад». Активна форма виразкової хвороби/кровотечі або рецидивуюча виразкова хвороба/кровотеча в анамнезі (два або більше окремих епізоди діагностованої виразки або кровотечі). Кровотеча або перфорація шлунково-кишкового тракту в анамнезі, що пов'язані з попереднім лікуванням НПЗП. Гостра виразка шлунка або кишечника, кровотеча або перфорація. Тяжке порушення функції печінки або нирок, печінкова недостатність, ниркова недостатність. Застійна серцева недостатність (NYHA II-IV); ішемічна хвороба серця у пацієнтів, які мають стенокардію, перенесли інфаркт міокарда; захворювання пери-

феричних артерій та/або цереброваскулярні захворювання у пацієнтів, які перенесли інсульт або мають епізоди транзиторних ішемічних атак. Проктит. **Спосіб застосування та дози.**

Диклоберл® супозиторії 50 та 100 мг. Небажані ефекти можна мінімізувати шляхом застосування найнижчої ефективної дози впродовж найкоротшого періоду часу, необхідної для контролю симптомів. Не застосовувати внутрішньо, тільки для ректального введення. Супозиторії потрібно вводити у пряму кишку якомога глибше, бажано після очищення кишечника. Початкова доза зазвичай становить 100-150 мг на добу. При невиражених симптомах, а також при тривалій терапії достатньо дози 75-100 мг/добу. Добову дозу розподілити на 2-3 прийоми. Для уникнення нічного болю або ранкової скутості до застосування препарату вдень призначати Диклоберл® 100 у вигляді ректальних супозиторіїв перед сном (добова доза препарату не повинна перевищувати 150 мг). При первинній дисменорей добову дозу підбирати індивідуально, зазвичай вона становить 50-150 мг/добу. Початкова доза може бути 50-100 мг/добу, але у разі необхідності її можна збільшити впродовж кількох менструальних циклів до максимальної, що становить 150 мг/добу. Застосування препарату слід починати після виникнення перших больових симптомів та продовжувати декілька днів, залежно від динаміки регресії симптомів.

Побічні реакції. Біль у грудях, набряки, інфаркт міокарда, інсульт, порушення кровотворення (анемія, лейкопенія, тромбоцитопенія, панцитопенія, агранулоцитоз), головний біль, сонливість, розлад зору та диплопія, дзвін у вухах, нудота, блювання, діарея, диспепсія, виразки шлунка і кишечника, що супроводжуються або не супроводжуються кровотечею, гастрит, стоматит, запор, панкреатит, екзантема, екзема, еритема, реакції підвищеної чутливості, такі як висипання на шкірі та свербіж, алергічний васкуліт, астма, підвищення рівня трансаміназ у крові, психотичні розлади, депресія, відчуття тривоги, безсоння, нічні жахіття та інше.

За повною детальною інформацією звертайтеся до інструкції для медичного застосування лікарського засобу, затвердженої наказом МОЗ (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023). Перед призначенням обов'язково уважно прочитайте інструкцію для медичного застосування лікарського засобу.

Виробник. Диклоберл® супозиторії 50 мг та 100 мг: Берлін-Хемі АГ, Глінкер Вег 125, 12489 Берлін, Німеччина. № UA/9701/02/02, №UA/9701/02/01

Для особистого використання для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників. Матеріал для ознайомлення спеціалістів у галузі охорони здоров'я під час проведення конференцій, семінарів.

За додатковою інформацією про лікарський засіб звертайтеся за адресою:

Представництво «Берлін-Хемі/А.Менаріні Україна ГмбХ» в Україні, 02098, м. Київ, вул. Березняківська, 29, тел.: (044)494-33-88.

1. За результатами призначень лікарів лікарських засобів в АТС-групі М01А В05 «Диклофенак» за період квартал 1 2022 - 1 квартал 2023 рр., за даними аналітичної системи дослідження ринку «PharmXplorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research».

2. Інструкції для медичного застосування препарату (Диклоберл® супозиторії 100 мг №657 від 07.04.2023 та 50 мг №498 від 16.03.2023).

UA-DIC-03-2023-V1-Print. Затверджено 09/05/2023



**BERLIN-CHEMIE
MENARINI**