

# Исследование анальгетической эффективности ректальной формы диклофенака в контроле боли после разрыва промежности во время родов

**Боль в промежности после эпизиотомии является частой проблемой при вагинальных родах. Источником боли могут быть разрыв, воспаление, отек прилежащих тканей и сокращение мышц промежности. По разным данным, в развитых странах частота разрыва промежности во время родов достигает 65%; в развивающихся странах 35-45% женщин, рожаящих в условиях клиники, переносят эпизиотомию.**

Боль в промежности, обусловленная травмой при родах, имеет наибольшую интенсивность в ближайший постнатальный период и оказывает выраженное негативное влияние на физическое, психическое состояние и успешность грудного вскармливания. В частности, нарушается способность нормально двигаться, сидеть, развиваются недержание мочи и кала, сексуальная дисфункция.

Исследования показывают, что степень боли и дискомфорта в промежности, ассоциированных с травмой, часто недооценивается, и 20-25% женщин продолжают испытывать дистресс в период до 2 нед после родов, а 10% — страдают от боли на протяжении 3 мес и дольше.

К факторам, оказывающим влияние на тяжесть боли, относятся промежностный способ родоразрешения, степень травмы промежности, тип шовного материала и техника восстановления целостности промежности.

Ректальные анальгетики позволяют эффективно и безопасно облегчать связанную с травмой боль в промежности. Кроме того, используются пероральные анальгетики, местные анестетики и нефармакологические методы, такие как терапевтический ультразвук и пакеты со льдом.

В соответствии с современными рекомендациями при легкой боли в промежности препаратом выбора является парацетамол. При более интенсивной боли назначаются нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), наркотические анальгетики или их комбинация. Тем не менее, НПВП ассоциируются с побочными эффектами, включая дискомфорт в эпигастрии, пептические язвы, тошноту и рвоту, что диктует необходимость их осторожного применения.

Анальгетики могут назначаться различными путями: перорально, внутримышечно, внутривенно или ректально. Ректальный путь является предпочтительным в ситуациях, когда пероральный прием вызывает у пациента дискомфорт, тошноту или рвоту. Важным преимуществом ректальных лекарственных форм является то, что половина препарата всасывается в кровоток минуя печень и, следовательно, не метаболизируется, в то время как при пероральном приеме имеет место эффект первичного прохождения через печень. В результате ректальные формы препаратов обеспечивают более быстрое и продолжительное обезболивающее действие.

По сравнению с пероральными формами препараты, назначаемые ректально, полностью всасываются в течение 1 ч, при этом отсутствие эффекта первичного прохождения через печень обуславливает сохранение анальгетических концентраций в крови до 12 ч.

Диклофенак практически полностью связывается белками, следствием чего является минимальная экскреция

с грудным молоком. Это преимущество препарата имеет огромное значение в акушерско-гинекологической практике при его назначении кормящим грудью пациенткам.

**Целью** настоящего исследования было оценить обезболивающую эффективность и безопасность диклофенака натрия в форме ректальных суппозитория у женщин, перенесших перинеорафию после разрыва промежности во время родов.

## Методы

В исследование включили 100 беременных, предоставивших письменное информированное согласие на участие.

Критериями включения были разрыв промежности 1-й или 2-й степени и роды в условиях клиники в пределах 3 мин после выявления разрыва. Критерии исключения: аллергические заболевания, бронхиальная астма или воспалительные заболевания кишечника в анамнезе; нарушенная функция печени или почек; текущий прием НПВП; тяжелое послеродовое кровотечение; мануальное извлечение плаценты; 3-я степень разрыва промежности; наложение акушерских щипцов или вакуум-экстракция.

Пациенток, соответствовавших вышеуказанным критериям, случайным образом разделили на две группы: женщинам основной группы при проведении перинеорафии назначали диклофенак (в виде суппозитория ректально 100 мг), в контрольной группе диклофенак не назначался.

Боль оценивали по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) 0-10 (0 — боли нет, 10 — максимально интенсивная боль) через 3, 6 и 12 ч после перинеорафии.

При неадекватном обезболивании в качестве дополнительного анальгетика пациентки по требованию получали парацетамол 500 мг.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием непарного t-теста. Разницу между группами считали статистически значимой при показателе  $p < 0,05$ .

## Результаты

В основную и контрольную группы включили по 50 женщин. По исходным клинично-демографическим характеристикам группы не различались (табл. 1).

В соответствии с оценкой по ВАШ интенсивность боли в промежности через 3 и 6 ч после перинеорафии была

одинаковой в обеих группах ( $p=0,38$  и  $p=0,47$  соответственно). Через 12 ч в контрольной группе зафиксировано нарастание интенсивности боли, в то время как в группе диклофенака боль полностью отсутствовала (ВАШ 0) (табл. 2).

Дополнительное обезбоживание требовалось значительно меньшему количеству пациенток, получивших диклофенак ( $p=0,02$ ) (табл. 3).

Ни одного случая побочных эффектов, потенциально связанных с назначением диклофенака, не отмечено.

## Обсуждение

Данные, полученные в настоящем исследовании, указывают на эффективность купирования боли в промежности путем назначения диклофенака в форме ректальных суппозитория. При этом разница в интенсивности боли между основной и контрольной группами через 12 ч после восстановления целостности промежности была статистически значимой. Уменьшение боли под действием диклофенака сопровождалось значительным снижением потребности в дополнительной анальгезии как в первые 12 ч, так и на момент выписки из клиники.

Диклофенак в форме ректальных суппозитория хорошо переносился, о чем свидетельствует отсутствие побочных эффектов. Аналогичные результаты были получены в Кокрановском мета-анализе, проведенном Н. Heyedayati и соавт. (2003), согласно которому не описано ни одного случая побочных эффектов после ректального применения диклофенака в ведении боли.

Searles и соавт. (1998) наблюдали 45 женщин, перенесших эпизиотомию и получавших диклофенак 100 мг в форме ректальных суппозитория. Статистическая разница в эффективности купирования боли в промежности отмечалась через 24, 48 и 72 ч после родов.

Похожие результаты предоставило исследование J.M. Dodde и соавт. (2004), в котором диклофенак в форме суппозитория показал высокий потенциал в уменьшении боли в промежности через 24 и 48 ч после родов. Кроме того, диклофенак оказывал благоприятное влияние на функциональные возможности (ходьба, сидение), нормализацию мочеиспускания и дефекации. В исследовании J.M. Dodde также было продемонстрировано, что большинство женщин предпочитают ректальный путь введения препарата для купирования боли в промежности.

## Выводы

Результаты проведенного исследования показали, что у женщин, перенесших разрыв промежности во время родов, диклофенак в форме ректальных суппозитория хорошо переносится и эффективно устраняет боль через 12 ч после перинеорафии.

Список литературы находится в редакции.

Tamang S., Shakya Y.M. A Study on Analgesic Efficacy of Rectal Diclofenac in Management of Perineal Pain Following Perineal Tear During Delivery. JSSN2013; 16 (2): 69-72.

Перевел с англ. **Алексей Терещенко**



Показатель	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=50)	p
Средний возраст, лет	24,28±4,8	23,39±6,3	н/з
<i>Вид занятости</i>			
Домохозяйки	20 (40%)	18 (36%)	н/з
Работа в офисе	15 (30%)	17 (34%)	
Собственное дело	7 (14%)	12 (24%)	
Студентки	8 (16%)	3 (6%)	
<i>Уровень образования</i>			
Средняя школа	17 (34%)	20 (40%)	н/з
Среднее специальное	26 (52%)	21 (42%)	
Высшее	7 (14%)	9 (18%)	
<i>Степень разрыва промежности</i>			
Первая	4 (8%)	6 (12%)	н/з
Вторая	46 (92%)	44 (88%)	

Примечание: н/з — разница между группами статистически незначима.

Период после перинеорафии	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=50)	p
3 ч	2,0	2,0	0,38
6 ч	2,0	2,0	0,47
12 ч	4,5	0	<0,001

Дополнительная анальгезия	Контрольная группа (n=50)	Основная группа (n=50)	p
Дополнительный анальгетик по требованию	34 (68%)	21 (42%)	0,02