

УДК 612.467:615.212:616.073



*І.Д. Крижановський, С.О. Мунтян  
В.О. Бусигін, О.Ю. Крижановська, О.О. Маковозов*

## **Вибір знеболювального засобу при проведенні діагностичної оглядової цистоскопії**

<sup>1</sup> Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ  
Придніпровської залізниці

<sup>2</sup> Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечнікова

**Ключові слова:** знеболювання, оглядова цистоскопія, високоселективні інгібітори циклооксигенази-2, рофекоксиб, «Денебол».

Кожен лікар пам'ятає зі студентських років та часто цитує вислів «Біль — це сторожовий пес здоров'я». Біль може бути фізіологічним, виконуючи сигнальну функцію, попереджаючи організм про небезпеку та захищаючи його від можливих надмірних ушкоджень. Окрім того, існує патологічний біль, який робить людей непрацездатними, знижує соціальну та побутову активність, спричиняє психоемоційні розлади, регіонарні та системні порушення мікроциркуляції, вторинні імунні депресії та порушення діяльності вісцеральних систем [3, 8, 9]. Біль є одним з найпоширеніших проявів порушень здоров'я й, відповідно, найчастішою скаргою. За даними ВООЗ, частота скарг пацієнтів на больовий синдром становить від 11 до 40% [2]. Тому лікарю слід бути особливо обережним, коли його дії спричиняють ятрогенний біль.

Патогенезу та лікуванню болю та больових синдромів присвячено велику кількість праць [1, 4, 6, 7]. Останнім часом у світі велику увагу приділяють так званій запобіжній (pre-emptive) анальгезії. На відміну від знеболювання при розвитку больового синдрому, коли хворий вимагає введення препарату, запобіжна анальгезія блокує біль ще до його відчуття самим хворим. Метою запобіжної анальгезії є усунення больових відчуттів та створення хворому повного комфорту під час лікувально-діагностичних процедур.

Нині вибір оптимального препарату для знеболювання при діагностичних процедурах пов'язаний з деякими складнощами. Це зумовлено кількома чинниками, серед яких не на останньому місці настороженість щодо необґрунтованого використання класичних наркотичних препаратів (наприклад, опіатів) та їхніх синтетичних аналогів. Люди, які безпосередньо не пов'язані з медициною, постійно отримують інформацію із ЗМІ про небезпечність та необхідність обмеження такої продукції (наприклад, трамадолу), що часто утруднює їх призначення. Нес-

тероїдні протизапальні препарати за анальгетичною активністю наближаються до опіатів, але не мають їхніх побічних ефектів.

Для значної кількості пацієнтів необхідно враховувати можливу дію препарату на слизову оболонку шлунка, агрегацію тромбоцитів, функцію нирок та судин тощо, що може бути пов'язане з інгібуванням циклооксигенази-1. Таким чином, найперспективнішими препаратами для знеболювання нині є ненаркотичні засоби, дія яких полягає у порушенні синтезу ендогенних простагландинів та лейкотрієнів з арахідонової кислоти (чинник виникнення запалення та больового синдрому) шляхом блокування дії циклооксигенази-2 (ЦОГ-2) [5]. Слід зазначити зручність використання таких препаратів для медичного персоналу: відсутність необхідності обліку при призначенні, зберіганні та використанні медикаментів, що може бути принциповим моментом не тільки для бюджетних медичних закладів та послуг, а й при наданні госпрозрахункової лікувально-діагностичної допомоги.

При проведенні діагностичної оглядової цистоскопії більшість пацієнтів скаржаться на больові відчуття під час виконання ендоскопічного втручання, пов'язані з проведенням інструменту, штучним перерозтягненням стінки сечового міхура та зміщенням цистоскопа при огляді слизової оболонки сечового міхура. Крім того, спостерігаються больові відчуття, пов'язані з актом сечовипускання (дизуричні розлади), після виконання цистоскопії. Дизуричні розлади найчастіше представлені болями та різями в уретрі під час акту сечовипускання, рідше — поза актом сечовипускання і більш характерні для чоловіків, але спостерігаються і у жінок. У цілому тривалість такого больового синдрому становить від кількох годин після дослідження до 1–2 діб. У деяких пацієнтів має місце почастищення сечовипускання малими порціями сечі.

Враховуючи особливості больового синдрому в урологічних хворих при виконанні цистоскопії

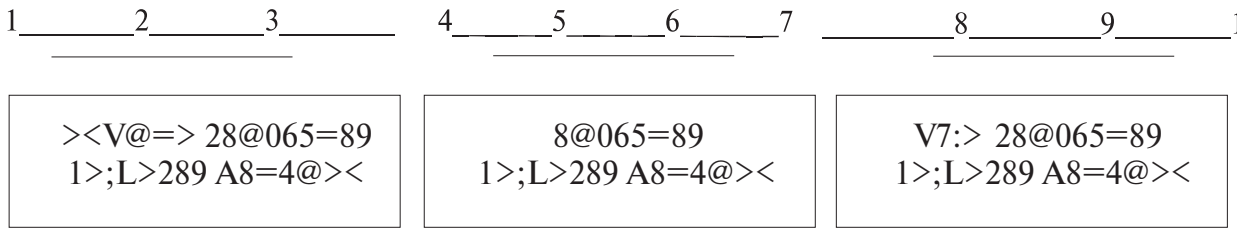


Рисунок. Візуальна аналогова шкала оцінки болю

та після проведення дослідження, для знеболювання нами було обрано нестероїдний протизапальний препарат — високоселективний (специфічний) інгібітор ЦОГ-2 — рофекоксиб («Денебол» виробництва «Мілі Хелскере Лтд», Велика Британія). При виборі препарату ми враховували можливість парентерального введення з біодоступністю близько 100%, отримання максимального знеболювального ефекту через 30 хв після введення, його збереження протягом 4–8 год та поступове зниження впродовж 24 год. Таким чином, одноразове введення препарату за 45–60 хв до початку дослідження дає змогу знизити інтенсивність больових відчуттів під час виконання цистоскопії і протягом доби після неї, тобто практично перекрити весь «критичний» період.

Мета роботи — на основі оцінки клінічної ефективності та безпечності визначити можливість використання рофекоксибу для знеболювання під час проведення діагностичної оглядової цистоскопії.

**Матеріали та методи**

У дослідження були включені хворі, яким необхідно було виконати стандартну оглядову цистоскопію. Критеріями виключення були: гастроентерологічна патологія, обтяжений алергологічний анамнез та протипоказання для проведення цистоскопічного дослідження. Методика знеболювання була стандартною і полягала в одноразовому внутрішньом’язовому введенні 50 мг

(2 мл) «Денеболу» за 45–60 хв до проведення процедури.

Дослідження виконували за допомогою оглядового цистоскопа з волоконним світловодом «Цис-вс-1» (Ленінградське об’єднання «Красногвардеец»). Сечовий міхур наповнювали розчином фурациліну 1:5000.

Цистоскопію проводили з діагностичною метою, зокрема після резекції сечового міхура з приводу пухлини як контрольне обстеження (9 хворих).

В основну групу (група I) ввійшло 26 пацієнтів, з них 11 чоловіків та 15 жінок віком від 21 до 68 років. Групу порівняння (група II) склали 12 пацієнтів, яким для знеболювання під час обстеження призначали неселективні нестероїдні протизапальні засоби (кеторолак, диклофенак та ін.).

Для стандартизації оцінювання суб’єктивних больових відчуттів пацієнтів ми використовували візуальну аналогову шкалу оцінки болю (рисунок) та щоденник сечовипускань. Оцінку больових відчуттів проводили шляхом опитування хворого під час обстеження та після нього, а також заповнення погодинної анкети (таблиця) протягом однієї доби після цистоскопії. У разі нормального самопочуття пацієнти залишали граfi незаповненими.

Коефіцієнти вірогідності при аналізі результатів, з огляду на малий обсяг дослідження, не обчислювалися, пацієнти за статевими ознаками не розподілялися.

Таблиця

Погодинна анкета оцінювання болю та ступеня дизурії (фрагмент)

Час після дослідження, год.	Больові відчуття поза актом сечовипускання (від 1 до 10 балів)	Больові відчуття під час акту сечовипускання (від 1 до 10 балів)	Частота сечовипускань за годину, разів
0–1			
1–2			
2–3			
3–4			

### Результати та їхнє обговорення

В основній групі вираженість больового синдрому під час проведення дослідження оцінили як 4–5 балів 5 пацієнтів, як 3–4 бали — 8, як 1–3 бали — 13. Отже, абсолютна більшість хворих групи I оцінили больовий синдром як помірний. У контрольній групі 4 хворих оцінили ступінь болю як 5–7 балів, 3 — як 3–4 бали та 5 — як 2–3 бали. Пацієнтів, які оцінили больовий синдром нижче 2 балів, у контрольній групі не було.

Больовий синдром, а точніше дискомфортні відчуття в уретрі, після проведення обстеження в основній групі був менш вираженим та менш тривалим. Хворі відзначали зникнення дискомфортних відчуттів в уретрі поза актом сечовипускання протягом перших 6–8 год після обстеження. Пацієнти контрольної групи скаржилися на дискомфорт в уретрі впродовж 10–12 год. Епізоди болючого почастішаного сечовипускання спостерігали

в обох групах, але в групі I ці явища мали місце приблизно у чверті пацієнтів групи, а в групі II — у 2/5. Тривалість цих симптомів не була довгою: в групі I — близько 6–8 год, а в групі II — 10–14 год і в одному випадку — 24 год.

### Висновки

Отримані результати свідчать про високу клінічну ефективність використання рофекоксибу («Денебол») для знеболювання під час проведення оглядової діагностичної цистоскопії. Його застосування дає змогу запобігти больовому синдрому в першу добу після проведення цистоскопії. Ефективність рофекоксибу перевищувала ефективність неселективних нестероїдних протизапальних засобів, побічних ефектів не спостерігали.

Це дає підстави стверджувати про доцільність подальшого вивчення високоселективних інгібіторів ЦОГ-2, таких як рофекоксиб («Денебол»).

## Література

1. Адриансен Ч. Основные концепции лечения боли // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 1. — С. 40–43.
2. Ананьева Л. Рациональна терапія болю — комбінація анальгетиків // Ліки України. — 2005. — № 2 (91). — С. 81–82.
3. Бронштейн А.С., Ривкин В.Л. Изучение и лечение боли (обзор литературы и постановка задач) // Междунар. мед. журн. — 2002. — № 3. — С. 267–271.
4. Верткин А.Л., Вовк Е.И. и др. Некоторые вопросы недифференцированного назначения современных лекарственных препаратов для терапии острой боли // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 1. — С. 91–98.
5. Дзяк Л.А., Цуркаленко О.С. Застосування препарату «Денебол» у комплексному лікуванні болю в спині, обумовленого вертеброгенною патологією: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. — К.: Укрмедпатентінформ, 2005. — № 144.
6. Ивашкин В.Т., Шутьпекова Ю.О. Нервные механизмы болевой чувствительности // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол. и колопроктол. — 2002. — № 4. — С. 16–21.
7. Кашуба О. Оцінка побічної дії окремих нестероїдних протизапальних засобів // Ліки України. — 2005. — № 12. — С. 101–104.
8. Чубатий А.І. Біль у гінекологічній практиці // Жіночий лікар. — 2007. — № 6. — С. 14–15.
9. Яковенко З.П. Абдоминальный болевой синдром: этиология, патогенез и вопросы терапии // Клини. фармакол. и терапия. — 2002. — № 1. — С. 1–4.

*И.Д. Крыжановский, С.А. Мунтян,  
В.А. Бусыгин, Е.Ю. Крыжановская, А.А. Маковозов*

### **Выбор обезболивающего средства при проведении диагностической смотровой цистоскопии**

Проведено изучение клинической эффективности использования высокоселективного ингибитора циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2) – рофекоксиба («Денебол») для обезболивания при диагностической смотровой цистоскопии. По сравнению с неселективными нестероидными противовоспалительными препаратами рофекоксиб показал более высокую эффективность в обезболивании самой процедуры и раннего периода после цистоскопии. Полученные результаты позволяют рекомендовать использование препарата при проведении диагностической смотровой цистоскопии и обосновывают дальнейшее изучение возможности применения специфических ингибиторов ЦОГ-2 в урологии.

*I.D. Kryzhanovskiy, S.O. Muntyan,  
V.O. Busygin, O. Yu. Kryzhanovska, A.A. Makovozov*

### **The choice of anaesthetic agent during a diagnostic observational cystoscopy**

The study has been held for the clinical efficiency of cyclooxygenase-2 specific inhibitor Rofecoxib («Denebol») as an anaesthetic agent during diagnostic observational cystoscopy. In comparison with non-selective non-steroid anti-inflammatory drugs Rofecoxib was more effective in the anaesthetizing of the procedure itself and the early post-cystoscopy period. The obtained results allow to recommend the use of preparation for the conduction of diagnostic observational cystoscopy and serves the ground for the further study of possibilities of the use of cyclooxygenase-2 specific inhibitor in urology.