

В основной группе больным за полчаса до завершения оперативного вмешательства под общей или эпидуральной анестезией внутривенно вводили 1 г инфулгана, в последующем анальгезию проводили его введением через 4 часа на протяжении 72 часов. Общая суточная доза внутривенно введенного парацетамола составила 4 г. В группе сравнения после операции больным обеспечивали продленную анальгезию наркотическими анальгетиками с использованием традиционных анальгетических средств. Проводилась оценка времени наступления достаточного анальгетического эффекта.

Качество послеоперационной анестезии, оцениваемое по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), выявило следующие особенности: на момент начала анальгезии в раннем послеоперационном периоде интенсивность боли в обеих группах достоверно не различалась: 16,8±0,7 (покой), 19,4±0,8 (движение) – ОГ и 16,7±0,9 (покой), 19,1±0,8 (движение) – ГС. Через 15 мин. после начала анальгезии динамика нивелирования болевого синдрома в обеих группах остается сходной и не имеет достоверных отличий: 15,8±0,5 (покой) и 18,4±0,6 (движение) – ОГ, 16,1±0,8 (покой) и 19,1±0,7 (движение) – ГС. При сравнении качества анальгезии через 45 мин. после начала ее проведения отмечено достоверное отличие показателей интенсивности боли при активном движении: 11,4±0,6 – ОГ, 16,1±0,5 – ГС, $p < 0,05$, при этом отличий показателей в состоянии покоя не отмечено: 8,8±0,2 – ОГ, 8,6±0,6 – ГС, $p > 0,05$. Аналогичная тенденция наблюдается при оценке показателей через 90 мин. после начала анальгезии: 8,3±0,5 (покой), 11,1±0,8 (движение) – ОГ, 8,7±0,5 (покой) и 13,4±0,6 (движение) – ГС.

При исследовании результатов субъективной оценки качества послеоперационной аналь-

гезии в ОГ 19 (63,3%) больных отметили оценкой «хорошо», 6 (20%) – «отлично», 5 (16,6%) – «удовлетворительно», 0 – «неудовлетворительно». В ГС 14 (46,7%) больных отметили оценкой «хорошо», 8 (26,7%) – «удовлетворительно». На вторые сутки: 13 (43,3%) пациентов ОГ отметили оценкой «отлично» и 14 (46,7%) – «хорошо», в ГС – 11 (36,7%) – «хорошо», 13 (43,3%) – «удовлетворительно» и 6 (20%) – «неудовлетворительно». На третьи сутки качество анальгезии в ОГ на «отлично» оценили 18 (60%) больных, «хорошо» – 12 (40%); в ГС: 13 (43,3%) – «хорошо», 12 (40%) – «удовлетворительно», 3 (10%) – «неудовлетворительно».

Выраженность побочных эффектов в основной группе больных составила 0,8±0,01 балла, в группе сравнения – 1,3±0,06 балла ($p < 0,05$). При более детальном анализе частоты побочных эффектов анальгезии оказалось, что такие реакции, как тошнота, рвота, сонливость, кожный зуд, боль в месте инъекции отметили в 1-е сутки 3 (10%) больных ОГ и 5 (16,7%) – ГС; во 2-е сутки – 2 (6,7%) – ОГ и 2 (10±7%) – ГС; в 3-е сутки – 1 (3,3%) – ОГ и 3 (10%) – ГС. Таким образом, анальгезия инфулганом является более предпочтительной.

Проведенные исследования указывают на важную роль неопиоидного анальгетика парацетамола в системе мультимодальной послеоперационной анальгезии в урологии.

Использование внутривенной формы парацетамола (Инфулган) расширяет возможности обеспечения эффективного и безопасного послеоперационного обезболивания в урологии при значительном сокращении потребности в опиоидных анальгетиках и снижении связанных с ними побочных эффектов, способных осложнить состояние прооперированного пациента.

ОСОБЛИВОСТІ ТРАВМАТИЧНОГО ПОШКОДЖЕННЯ НИРОК У ПОТЕРПІЛИХ З ПОЛІТРАВМОЮ

Ю.Л. Підгайний

*Запорізька лікарня екстремальної медицини та швидкої медичної допомоги
Кафедра урології Запорізького медичного університету*

Внаслідок науково-технічного прогресу зростає число аварій та кількість потерпілих, летальність серед яких сягає 16–25% та у 30% виникає інвалідизація хворих.

Мета: вивчити частоту пошкоджень нирки та її функціональний стан у потерпілих з політравмою в індустріально розвиненому регіоні.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Під наглядом було 735 потерпілих з політравмою, з яких у 153 осіб (21% випадків) діагностовано травму нирок. Жінок було 43 особи (28%), а чоловіків – 110 (72%). Використовували загальноклінічні та біохімічні лабораторні методи, УЗД, рентгенологічне дослідження та КТ.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Із 153 потерпілих травма нирки найчастіше виникала внаслідок ДТП – 75 випадків (49,1%). При падінні з висоти пошкодження нирок при політравмі спостерігались у 43 пацієнтів (28,3%). Внаслідок побиття нирка травмувалась у 22 хворих (14,2%), інші причини були у 13 випадках (8,4%). У потерпілих з політравмою в клінічній картині на першому місці – ознаки пошкодженнь головного мозку, травматичного шоку при травмі кісток, явищ внутрішньочервонної кровотечі. Ознаки травми нирки, як

правило, відходили на другий план. На біль у нирці скаржились тільки 23 хворих (15%), при об'єктивному огляді у 55 осіб (35,4%) спостерігались пошкодження шкіри в проекції нирки. Анемізація хворих спостерігалась у 36,6% випадків (56 осіб), а у 51,6% пацієнтів (79 осіб) на фоні анемізації відмічались ознаки гіперкоагуляції. При вивченні азотовидільної функції нирок виявилось, що у 44,1% осіб (67 пацієнтів) рівень креатиніну крові був підвищеним ($158,6 \pm 9,6$ мкмоль/л; $p < 0,05$). Головними методами діагностики пошкодження нирки були УЗД нирок, внутрішньовенна урографія та КТ органів заочеревинного простору.

ВИСНОВКИ

Травматичне пошкодження нирки при політравмі виникає у 21% випадків та характеризується прихованим, латентним перебігом з явищами гіперкреатиніемії (44,1% випадків), гіперкоагуляції (51,6% осіб) на фоні анемізації (36,6% осіб) хворих.

ВПЛИВ ІНФІКОВАНOSTI MYCOPLASMA HOMINIS ТА UREAPLASMA UREALYTICUM НА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА РОЗВИТОК РАННІХ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНУ ГІПЕРПЛАЗІЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ

С.П. Пасечніков^{1,2}, М.В. Мітченко², В.С. Грицай¹, А.С. Глебов²

Кафедра урології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця¹
Відділ запальних захворювань ДУ «Інститут урології НАМН України», м. Київ²

Попередніми нашими дослідженнями отримані дані про вплив збудників захворювань, що передаються статевим шляхом, на перебіг раннього післяопераційного періоду у хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ). Зокрема, встановлено негативну роль хламідіозу та трихомоніазу. Однак у літературі і до цього часу відсутні публікації, які висвітлюють вплив *Mycoplasma hominis* та *Ureaplasma urealyticum* (МН та УУ) на виникнення ранніх післяопераційних ускладнень (РПУ) у хворих на ДГПЗ.

Мета дослідження: вивчити особливості клінічних проявів захворювання та зв'язок РПУ відкритої простатектомії у хворих на ДГПЗ з наявністю МН та УУ в генітальних ексcreтах

(ГЕ) і в інтраопераційно видаленій тканині передміхурової залози (ПЗ).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Обстежено 152 хворих на ДГПЗ, яким проведена планова черезміхурова простатектомія. Усім хворим крім загальноклінічного обстеження проводили УЗ дослідження (об'єм ПЗ, кількість залишкової сечі), кількісну оцінку симптомів сечовипускання (IPSS, QoL), цитологічні дослідження ГЕ (зіскрібку із сечівника і секрет ПЗ). Інфікованість МН та УУ вивчалась за допомогою полімеразної ланцюгової реакції у ГЕ та у вида-