

мешавад. Дар заминаи бедардкунии эпидуралӣ таъғиротҳои дар боло зикршуда ба эътидол меоянд.

Хулоса. Бедардкунии эпидуралӣ айни замон яке аз усулҳои маъмули бедардкунии валодат ба ҳисоб меравад, чунки имконияти бартарафкунии самараноки дардро доро буда ба сатҳи хуш, алокаи суханӣ бо зоянда таъсир намерасонад. Бедардкунии эпидуралӣ имконият медиҳад, ки сатҳи хуби бедардкунии давраи 1-ум ва 2-юм, инчунин гузаронидани амалиёти ҷарроҳии чоки қайсарӣ таъмин гардад. Бедардкунии самаранок, ҳифзи интрана-

талии чанин, камшавии оризаҳо ва амалиётҳои ҷарроҳӣ ҳангоми валодат дар заминаи беҳискунии эпидуралӣ, таъсири сабуки гипотензивӣ имконият медиҳанд, ки ҳангоми ҳипоксияи таҳдидкунандаи тифл, фишори шараёнии пасти аввалия ба ин намуни бедардкунӣ ва беҳискунии афзалият дода шавад. Инчунин ин усулро мумкин аст истифода бурдан дар ҳамаи зинаҳои марҳилаи 1-ум ва 2-юми валодат.

Калимаҳои калидӣ: хемодинамикаи марказӣ, нафаси берунӣ, бедардкунии эпидуралӣ.

УДК:316-066;616.39.65.9

К.М. Курбонов^{1,2}, О.Ю. Назирбоева^{1,2}, М.Х. Саидова¹, Г. Бахронова^{1,2}

НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА МАГНИЯ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ У БЕРЕМЕННЫХ

¹ Кафедра хирургических болезней №1 ГОУ «ТТМУ имени Абуали ибни Сино»

² ГУ «Комплекс здоровья Истиклол»

Курбонов Каримхон Муродович - д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино», 734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, Тел.: (+992) 907-90-67-27

Цель исследования. Изучить показатели уровня магния и аскорбиновой кислоты в различные периоды беременности.

Материал и методы исследования. Для изучения роли ионов магния и уровня аскорбиновой кислоты в сыворотке крови в возникновении и развития ХГ были обследованы 60 беременных женщин в различные сроки.

Результаты исследования и их обсуждение. При беременности исследование содержания магния в эритроцитах у женщин с ХГ и ХГ, сочетающимся с ректоцеле, показало выраженность различной степени гипомagneмии.

Медикаментозное лечение ХГ у беременных было проведено в 39 (65%) случаях. Проведенное комплексное изучение патогенетических механизмов ХГ у беременных показало, что в основе патогенеза заболевания ведущее место отводится гипомagneмии. Для профилактики и лечения ХГ у беременных разработан способ коррекции гипомagneмии, ДСТ.

Заключение. Таким образом, применение комплексной коррекции гипомagneмии способствовало снижению прогрессирования ХГ и его осложнений и адекватному течению беременности у наблюдающихся беременных.

Ключевые слова: хронический геморрой, беременность, нарушение обмена магния, коррекция.

К.М. Kurbonov^{1,2}, O.Yu. Nazirboeva^{1,2}, M.Kh. Saidova¹, G. Bakhronova^{1,2}

MAGNESIUM METABOLIC DISORDER AND ITS CORRECTION IN THE TREATMENT OF CHRONIC HEMORRHOIDS IN PREGNANT WOMEN

Department of Surgical Diseases №1 SEI Avicenna Tajik State Medical University
State Institution "Istiklol Health Complex", Dushanbe, Tajikistan

Kurbonov Karimkhon Murodovich – doctor of medical sciences; professor of the Department of Surgical Diseases №1 of the Avicenna Tajik State Medical University; 734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, 139 Rudaki Ave., Tel.: (+992) 907-90-67-27

Aim. To study indicators of the level of magnesium and ascorbic acid in various periods of pregnancy.

Material and methods. 60 pregnant women, which were examined at different periods of pregnancy participated in a study of the role of magnesium ions and the level of ascorbic acid in the occurrence and development of chronic hemorrhoids

Results. The study of the magnesium level of red blood cells in women with chronic hemorrhoids and chronic hemorrhoids combined with rectocele showed hypomagnesemia of various severity.

Drug treatment of chronic hemorrhoids in pregnant women was carried out in 39 (65%) cases. A comprehensive study of the pathogenetic mechanisms of chronic hemorrhoids in pregnant women showed that hypomagnesemia takes the main place in the pathogenesis of the disease.

Conclusion. Thus, the use of complex correction of hypomagnesemia contributes to a decrease of the chronic hemorrhoids progression, its complications and an adequate course of pregnancy in the observed pregnant women.

Keywords: chronic hemorrhoids, pregnancy, metabolic disorders of magnesium, correction.

Актуальность. В структуре колопроктологических заболеваний хронический геморрой (ХГ) занимает одно из ведущих мест, а среди людей некоторых профессий частота развития ХГ достигает 75% [1, 4, 5]. Эта патология одинаково часто встречается у мужчин и женщин, однако у женщин во время беременности и в раннем послеродовом периоде выявляется в 50-80% случаев [3, 8]. Необходимо отметить, что беременные женщины являются весьма уязвимой группой с очень высоким риском развития геморроя. Доказано, что беременность и роды являются одним из основных провоцирующих факторов риска развития геморроя у женщин. На фоне беременности, а именно в III триместре, эти факторы максимально усугубляются, особенно когда у этих пациенток еще имеются проктогенные запоры и тяжелый физический труд [2, 6, 7, 9].

Во время беременности увеличение давления матки на прямую кишку, а во время родов потуги и длительное стояние в тазу головки плода учащают и усугубляют геморроидальные проявления.

В настоящее время, важное значение в патогенезе ХГ отводится нарушению образования коллагена, а именно ее синтеза проявляющей синдромом дисплазии соединительной ткани (ДСТ), особое значение имеет исследование уровня магния и аскорбиновой кислоты, которые стабилизируют структуру коллагена.

Цель исследования. Изучить показатели уровня магния и аскорбиновой кислоты в различные периоды беременности.

Материал и методы исследования. Для изучения роли ионов магния и уровня аскорбиновой кислоты в возникновении и развития ХГ были обследованы 60 беременных женщин в различные сроки (табл. 1).

Как видно из представленной таблицы, ХГ наиболее часто наблюдался у молодых беременных женщин в возрасте от 18 до 29 лет (n=36), при этом в 24 наблюдениях имел место ХГ III-

Таблица 1

Соотношение возраста беременных и стадии геморроидальной болезни

Стадии ХГ	Возраст беременных				
	18-23 лет	24-29 лет	30-35 лет	36-40 лет	41 и старше
I	2	3	2	1	-
II	3	4	2	1	1
III	8	4	7	1	1
IV	7	5	3	5	-
Всего	20	16	14	8	2

IV стадии. Также было установлено, что по мере увеличения сроков беременности, отмечается выраженность клинического проявления ХГ и его осложнений. Так, во II-III триместре беременности пациенток с ХГ III-IV степени было 37, тогда как в эти же сроки пациенток с ХГ I степени оказалось 13. Указанное обстоятельство объясняется тем, что по мере увеличения сроков беременности и размеров плода, происходит сдавление сосудов малого таза и прямой кишки растущим плодом, вызывая расширение вен с флебостазом, а также повышение интаректального и внутрибрюшного давления.

Кроме этого, на различных стадиях беременности у 13 пациенток отмечали экстрагенитальные патологии, в основе которых лежит синдром ДСТ: буллезная болезнь легких (n=3), варикозное расширение вен нижних конечностей (n=2), различной локализации грыжи (n=4) и наличие миопии.

Для изучения роли обмена магния и аскорбиновой кислоты в патогенезе ХГ у беременных пациенток проводили исследование уровня магния в сыворотке крови и эритроцитах и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови в различные сроки беременности.

Результаты исследования и их обсуждение. Одной из причин развития ДСТ и ХГ у беремен-

Таблица 2

Содержание магния и аскорбиновой кислоты в сыворотке крови у беременных (ммоль/л)

Триместр	Контрольная группа		Беременные женщины (основная группа)	
	Магний	Аскорбиновая кислота	Магний	Аскорбиновая кислота
I триместр	0,94 [0,81;1,05]	7,3±0,175	0,91 [0,80; 1,03]	3,9±0,01
II триместр	0,91 [0,87;1,001]*	7,3±0,5	0,90 [0,81; 0,96]	3,6±0,02
III триместр	0,83 [0,79; 0,92]***	7,3±0,175	0,76 [0,7;0,87]***	3,2±0,07**

Примечание: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001 - статистически значимые различия по сравнению с таковыми в I триместре (по U-критерию Манна-Уитни)

ных является нарушение обмена магния. Ионы магния являются не только компонентом основного вещества соединительной ткани, но и участвуют в регуляции метаболизма. В условиях его недостаточности нарушается продукция коллагена фибробластами (табл. 2).

При беременности потребность организма женщин в ионах магния растет в несколько раз, это обусловлено увеличением массы матки, молочных желез, объема циркулирующей крови, гиперэстрогении и повышенным содержанием альдостерона. Поступление магния в организм женщины в достаточном количестве обеспечивает благоприятные течение беременности и родов. Недостаток магния во время беременности негативно сказывается не только на созревании соединительной ткани, но и сказывается на течении беременности – происходит нарушение процессов имплантации и плантации, кальцификации плаценты, угроза преждевременных родов и т.д.

Исследование содержания магния в эритроцитах у женщин с ХГ и ХГ, сочетающимся с ректоцеле, показало выраженность различной степени гипомagneмии (табл. 3).

Таблица 3

Содержание магния в эритроцитах (ммоль/л [медиана 25:75 процентиль])

Триместр	Беременные с клиническими признаками ДСТ (основная группа)	Беременные без проявления ДСТ (контрольная группа)
I	1,3 [0,96;1,68]	1,71 [1,60;1,94]
II	1,46 [1,21;1,68]**	1,70 [1,51;1,81]
III	1,21 [0,93;1,51]*	1,63 [1,46;1,92]

Примечание: *p<0,05; **p<0,01 - статистически значимые различия по сравнению с таковыми в I триместре (по U-критерию Манна-Уитни)

Так, показатели уровня магния в эритроцитах в I триместре – 1,3 [0,96;1,68], против 1,7 [1,60;1,9] ммоль/л (p<0,05), во II триместре 1,46 [1,21;1,68] против 1,70 [1,51;1,81] ммоль/л (p<0,01) в III триместре – 1,21 [0,93;1,51] против 1,63 [1,46;1,92] ммоль/л (p<0,001). Снижение содержания магния в эритроцитах в I триместре у беременных основной группы отмечалось в 65,2% случаев, во II – в 71,2%, в III – в 81,4% исследований. В контрольной группе имело место снижение уровня магния в эритроцитах в I триместре в 30,2% случаев, во II-III – в 45,2%.

Таким образом, статистически значимые различия показателей сывороточного магния и аскорбиновой кислоты у беременных обеих групп выявлены не были. Несмотря на это, содержание сывороточного магния и аскорбиновой кислоты у беременных обеих групп со статистической значимостью снижались к III триместру. При показателях магния менее 1,13 ммоль/л у беременных основной группы риск возникновения ректоцеле и ХГ был высоким.

Особенностью лечения ХГ у беременных являлось то, что в зависимости от стадии заболевания, характера имеющегося осложнения и сроков беременности подбирали методы комплексного медикаментозного лечения.

Необходимо также отметить, что независимо от сроков беременности при проведении консервативных мероприятий учитывали влияние назначаемых препаратов на плод и организм женщины. Также следует подчеркнуть, что, безусловно, актуальным при беременности является проведение профилактических мероприятий риска развития осложнений во II и III триместрах. Всем 60 беременным при проведении профилактических мероприятий риск развития осложнений (воспаление, тромбозы и выпадение узлов) и лечения проводили комплексный подход, который включал:

- Назначение рациональной диеты

- Лечебные клизмы
- Применение тепла и холода
- Физиотерапевтические процедуры
- Общее медикаментозное лечение
- Местное медикаментозное лечение

Рациональная диета у беременных с ХГ была направлена на умягчение и регуляцию частоты стула, на уменьшение раздражающего воздействия на кишечник. Указанная диета призвана оградить организм от острой и соляной пищи, а также от продуктов, провоцирующих запор или понос (и то и другое обостряет симптомы заболевания). Ограничение белковой пищи животного происхождения (мясо, рыба, яйца, творог). Необходимо употребление растительной клетчатки – овощи, ягоды, фрукты. Для повышения эффективности очищения кишечника у беременных с ХГ, необходимо чтобы объем выпиваемой жидкости был не ниже 1,5-2л.

Фармакотерапия ХГ и ее осложнений у беременных преследует несколько целей:

- Купирование симптомов осложнений ХГ;
- Профилактика осложнений и обострений;

Медикаментозное лечение ХГ у беременных было проведено в 39 (65%) случаях. Для купирования болевого синдрома и воспаления геморроидальных узлов назначали неспецифические противовоспалительные средства (НПВС) – диклофенак, проктозан. При ХГ, осложненном геморроидальными кровотечениями, для системной терапии в 15 случаях назначали дицинон (этамзилат), в 9 ингибитор фибринолиза - гордокс. Для местного лечения геморроидальных кровотечений эффективно использовали пластины Тахо-Комба. Лишь в 1 случае для остановки кровотечения производили перевязку кровоточащего узла. Выраженное гемостатическое действие оказывал натальсид, обусловленное сокращением времени полимеризации фибрин – мономера на заключительном этапе свертывания крови.

Местное лечение ХГ у беременных направлено на ликвидацию и профилактику обострений заболевания во время беременности. В 7 наблюдениях при тромбозе геморроидальных узлов, осложненном воспалением, эффективно применяли препарат гепатромбин, а также водорастворимый с противовоспалительным действием - левомеколь.

В профилактике развития ХГ и его осложнений у пациенток группы риска, к которым относятся беременные, необходимо назначение средств системного и топического действия. Полученные в настоящее время данные позволяют утверждать,

что использование флеботропных препаратов, топических средств и назначение диеты с высоким содержанием клетчатки являются ведущими методами профилактики развития ХГ у беременных и его осложнений. Нами для профилактики развития ХГ и его осложнений в 12 наблюдениях эффективно использовали медикаментозные средства системного и топического действия. В качестве препарата, оказывающего системное воздействие, назначали флеботропный препарат Детролекс (Dalron 500), микронизированный флавоноид, в состав которого входит 450мг диосмина и 50мг геспериδοновой флавоноидной фракции. Кроме флеботонического воздействия, Детролекс обладает выраженным противовоспалительным действием, а также устраняет микроциркуляторное расстройство.

Для проведения топического лечения ХГ у беременных применяли альтаинат натрия – натальсид. Данные литературы и наши результаты лечения показали высокую эффективность и безопасность лечения беременных детролексом и натальсидом на любом сроке беременности и в период лактации. При этом, неблагоприятного воздействия на течение беременности, развитие плода и новорожденного не отмечено.

Проведенное комплексное изучение патогенетических механизмов ХГ у беременных показало, что в основе патогенеза заболевания ведущее место отводится гипомагниемии. Магнийсый дефицит приводит к увеличению количества нестабильных молекул т-РНК, что приводит к снижению общей скорости белкового синтеза. Кроме того, гипомагниемия способствует нарушению способности фибробластов к синтезу коллагена и ускоряет процессы уже синтезированных коллагеновых волокон через процессы повышения активности металлопротеинов.

Для профилактики и лечения ХГ у беременных разработан способ коррекции гипомагниемии, ДСТ. В качестве модулятора синтеза коллагена использован оротат магния, который влияет на процессы синтеза коллагена. Оротат магния назначали по 1000мг 3 раза в сутки на протяжении 7 дней, затем по 500мг 2-3 раза в день. Препарат назначали беременным женщинам с клиническими проявлениями ДСТ с гипомагниемией (1,34 ммоль/л). За время наблюдения (2 года) побочных эффектов препарата не выявлено.

Применение комплексной коррекции гипомагниемии способствовало снижению прогрессирования ХГ и его осложнений и адекватному течению

беременности у наблюдающихся беременных.

Заключение. В патогенезе развития хронического геморроя и его осложнений у беременных наряду с существующими патогенетическими механизмами важное место отводится гипомагнемии, которая требует соответствующей коррекции.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 8-9 см. в REFERENCES)

1. Корнев Л.В. Выбор комбинированного малоинвазивного лечения геморроя / Л.В. Корнев, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева // Колопроктология. - 2016. - №2(56). - С. 12-16.

2. Корнев Л.В. Преимущества комбинированного малоинвазивного лечения в реабилитации больных с хроническим геморроем / Л.В. Корнев, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева // Медико социальная экспертиза и реабилитация. - 2017. - Т.20. - №1. - С. 4-8.

3. Мадаминов А.М. Хирургическая тактика при хроническом геморрое IV стадии / А.М. Мадаминов, М.М. Малькави, А.Ю. Айсаев // Вестник Кыргызско-Российского Славянского Университета. - 2017. - Том 17. - №3. - С. 33-36.

4. Мирзоев Л.А. Эффективность малоинвазивных методов в лечении хронического геморроя II–III стадий / Л.А. Мирзоев, В.С. Грошин, В.К. Швецов // Ульяновский медико-биологический журнал. - 2017. - №2. - С. 95-103.

5. Мухаббатов Д.К. Комплексное хирургическое лечение геморроя в сочетании с трансфктерным свищом прямой кишки / Д.К. Мухаббатов, Ш.А. Каримов, Ф.Х. Нозимов // Колопроктология. - 2015. - №1 (51). - С.35-38.

6. Мухаббатов Д.К. Оптимизация хирургического лечения геморроя при сочетании с трансфктерными свищами прямой кишки / Д.К. Мухаббатов, Ф.Х. Нозимов, Ш.А. Каримов // Журнал Вестник Авиценны. - 2014. - №3. - С. 41-44.

7. Нуриллоева Н.А. Околосуточный ритм эвакуаторной функции кишечника при геморрое / Н.А. Нуриллоева, М.С. Табаров, З.М. Тоштемирова, К.А. Шемеровский // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017. - №2 (22). - С. 39-42.

8. Chan K.K. External haemorrhoidal thrombosis: evidence for current management / K.K. Chan, J.D. Arthur //Coloproctol. -2013. - №17 (1). - P. 21-25.

9. Giannini I., Amato A, Basso L, et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. / I.

Giannini, A. Amato, L. Basso // Coloproctol. -2015. №19 (6). - P. 339-45.

REFERENCES

1. Kornev L.V. Vybor kombinirovannogo maloinvazivnogo lecheniya gemorroya [The choice of combined minimally invasive treatment for hemorrhoids]. *Koloproktologiya - Coloproctology*, 2016, No. 2 (56), pp. 12-16.

2. Kornev L. V. Preimushchestva kombinirovannogo maloinvazivnogo lecheniya v reabilitatsii bolnykh s khronicheskim gemorroem [The advantages of combined minimally invasive treatment in the rehabilitation of patients with chronic hemorrhoids]. *Mediko sotsialnaya ekspertiza i reabilitatsiya - Medical and social expertise and rehabilitation*, 2017, Vol. 20. No. 1, pp. 4-8.

3. Madaminov A. M. Khirurgicheskaya taktika pri khronicheskom gemorroie IV stadii [Surgical tactics for chronic hemorrhoids stage IV]. *Vestnik Kyrgyzsko-Rossiyskogo Slavyanskogo Universiteta - Herald Of The Kyrgyz-Russian Slavic University*, 2017, Vol. 17, No. 3, pp. 33-36.

4. Mirzoev L. A. Effektivnost maloinvazivnykh metodov v lechenii khronicheskogo gemorroya II–III stadiy [The effectiveness of minimally invasive methods in the treatment of chronic hemorrhoids II – III stages]. *Ulyanovskiy mediko-biologicheskii zhurnal - Ulyanovsk medical and biological journal*, 2017, No. 2, pp. 95-103.

5. Mukhabbatov D. K. Kompleksnoe khirurgicheskoe lechenie gemorroya v sochetanii s transsfikternym svishchom pryamoy kishki [Complex surgical treatment of hemorrhoids in combination with transfix fistula of the rectum]. *Koloproktologiya – Coloproctology*, 2015, No. 1 (51), pp. 35-38.

6. Mukhabbatov D. K. Optimizatsiya khirurgicheskogo lecheniya gemorroya pri sochetanii s transsfinkternymi svishchami pryamoy kishki [Optimization of the surgical treatment of hemorrhoids in combination with transfunctional fistulas of the rectum]. *Vestnik Avitsenny – Herald of Avicenna*, 2014, No. 3, pp. 41-44.

7. Nurilloeva N.A. Okolosutochnyy ritm evakuatornoy funktsii kishechnika pri gemorroie [Round-the-clock rhythm of evacuation function of the intestine with hemorrhoids]. *Vestnik Akademii meditsinskikh nauk Tadzhikistana – Herald of Academy of medical sciences of Tajikistan*, 2017, No. 2 (22), pp. 39-42.

8. Chan K.K. External haemorrhoidal thrombosis: evidence for current management. *Coloproctology*,

2013, No. 17 (1), pp. 21-25.

9. Giannini I., Amato A., Basso L., et al. Flavonoids mixture (diosmin, troxerutin, hesperidin) in the treatment of acute hemorrhoidal disease: a prospective, randomized, triple-blind, controlled trial. *Coloproctology*, 2015, No. 19 (6), pp. 339-45.

ХУЛОСА

**К.М. Курбонов, О.Ю. Назирбоева,
М.Х. Саидова, Г. Бахронова**

ВАЙРОНШАВИИ МУБОДИЛАИ МАГНИЙ ВА КОРРЕКСИЯИ ОН ҲАНГОМИ ТАБОБАТИ БАВОСИРИ МУЗМИН ДАР ҲОМИЛАДОРОН

Мақсади тадқиқот. Омӯзиши нишондодҳои микдори магний ва кислотаи аскорбинӣ дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ.

Мавод ва усулҳои тадқиқот. Барои омӯзиши нақши ионҳои магний ва микдори кислотаи аскорбинӣ дар пайдошавӣ ва афзоишӣ БО 60 занҳои ҳомиладор дар давраҳои гуногуни ҳомиладорӣ дар зардоби хун санҷида шуда буданд.

Натиҷаҳо. Ҳангоми ҳомиладорӣ санҷидани

микдори магний дар эритроцитҳо дар занон бо БО ва БО яқҳо бо ректоселе дараҷаҳои гуногуни тағирёбии гипомagneмия нишон дода аст.

Табобати медикаментозии БО дар ҳомиладорон дар 39 (65%) ҳолат гузаронида шудааст. Барои пешгирӣ ва табобати БО дар ҳомиладорон усули коррексияи гипомagneмия ва дисплазияи бофтаи пайвастанда коркард карда шудааст. Ба сифати модулятори синтези коллаген магний оротат истифода шудааст, ки барои протсеси синтези коллаген таъсир мерасонад. Оротат магнийро 1000мг 3 бор дар 1 рӯз дар давоми 7 рӯз ва баъдан 500 мг 2-3 бор дар 1 рӯз таъин карда шуда буд. Маводи доруворӣ ба занони ҳомиладор бо нишонаҳои клиникаи дисплазияи бофтаи пайвастанда бо гипомagneмия (1,34 ммол/л) таъинот карда шуда буд. Дар давраи мушоҳида (2 сол) таъсири манфии дорувориро ҷой надошт.

Хулоса. Ҳамин тариқ, истифодабарии коррексияи комплекси гипомagneмия ба паст намудани хуруҷёбии БО ва оризаҳои он, инчунин ба комилан мувофиқӣ раванди ҳомиладорӣ дар ҳомидорони мушоҳидаи мусоидат менамояд.

Калимаҳои калидӣ: бавосири музмин, ҳомиладорӣ, вайроншавии мубодилаи магний, коррексия.

УДК 616-085 (575.3)

К.С. Олимова¹, М.С. Талабзода¹, Х. Дҷ. Аминов²

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ОСТРЫМ ПОЧЕЧНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ

¹Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

²Таджикский национальный университет

Цель исследования. Оценка качества проведения комбинированного наркоза с использованием перидуральной анестезии у детей.

Материалы и методы исследования. Нами проведен анализ клинического течения наркоза 61 больного, в возрасте от 2 до 14 лет, которым проводились плановые хирургические вмешательства по поводу пороков развития мочевыводящих путей за 2011- 2015 годы, в НМЦ РТ, клинике детской хирургии.

Из оперированных больных 38 детей были с двусторонними врожденными обструктивными заболеваниями верхних мочевых путей. Из них, с дисплазией пузырно-мочеточникового сегмента – 21, с дисплазией ЛМС – 13.

Результаты исследования и их обсуждение. В послеоперационном периоде регистрировали минимальный расход препаратов, с улучшением показателей гемодинамики, насыщением артериальной крови кислородом, ранним восстановлением пассажа кишечника. В зависимости от вариантов послеоперационной аналгезии, больные были распределены на 2 группы. В 1-ой группе 31 больным послеоперационное обезболивание проводилось продленной перидуральной аналгезией + промедол (0,1 мл/кг). В 2-ой группе 30 больным проводилась продленная перидуральная аналгезия раствором лидокаина. Продолжительность аналгезии составляла 3-4 сутки. Учитывая относительную простоту выполнения, более короткий латентный период и более выраженную