



ОСОБЕННОСТИ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ДЕТЕЙ С ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫМ РЕФЛЮКСОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

Мавлянов Ф.Ш., Тухтаев Ф.М., Широков Т.Ф., Мавлянов Ш.Х.
Самаркандский государственный медицинский университет
Самарканд, Узбекистан

Введение. Провести сравнительный анализ раннего послеоперационного периода у детей с врожденным рефлюксирующим уретерогидронефрозом.

Материал и методы. У 21 ребенка с врожденным рефлюксирующим уретерогидронефрозом был проведен сравнительный анализ раннего послеоперационного периода. В зависимости от вида коррекции ПМР дети были разделены на три группы. Первую группу составили 7 детей, которым антирефлюксная защита была выполнена по Козну в модификации клиники. Во вторую группу вошли 7 больных, которым был создан экстравезикальный уретероцистонеоанастомоз без широкого вскрытия мочевого пузыря. В третью группу были включены 7 пациентов, которым была применена эндоурологическая коррекция ПМР. Выраженность болевого синдрома в раннем послеоперационном периоде определяли по системе для оценки интенсивности боли Wong-Baker 2008г.

Результаты. При исследовании болевого синдрома по шкале Wong-Baker средняя сумма баллов у детей 1 группы через 24 часа после операции составила 4,3, на 2 сутки - 3,67 и на 3 сутки средний балл равнялся 2,67. Во 2 группе среднее значение баллов по шкале равнялось 4,4 на следующий день операции, 3,45 через 48 часов после операции и 2,72 на 3 сутки после хирургического лечения. У пациентов 3 группы, которым было проведено эндоурологическое лечение, болевой синдром был наименее выраженным и среднее значение баллов по шкале равнялось 2,8, 2,2 и 1,2 соответственно временным промежуткам обследования в ближайшем послеоперационном периоде. В связи с наличием выраженного болевого синдрома у детей 1 и 2 группы проводили обезболивание ненаркотическими анальгетиками 3 раза в сутки путем внутримышечного или внутривенного введения. Детям 3 группы, так как болевой синдром был незначительным, обезболивание проводилось 1-2 раза в сутки ректальными суппозиториями.

Показатели температуры тела в ближайшем послеоперационном периоде у детей с рефлюксирующим уретерогидронефрозом в зависимости от метода лечения имели также различные значения. Так, у детей, которым были выполнены открытые (традиционные) методы антирефлюксной защиты по методу Козна в модификации клиники и экстравезикальный уретероцистонеоанастомоз через 24 часа и на 2 сутки после операции отмечалось повышение температуры до фебрильных значений. Только на 3 сутки после операции температура тела больных снизилась до субфебрильных цифр. у детей 3 группы, которым была проведена имплантация объёмообразующего материала в ближайшем послеоперационном периоде повышение температуры тела практически не отмечалось.

Заключение. Внедрение в хирургическую практику малоинвазивных вмешательств при лечении обструктивных уропатий значительно позволяет улучшить результаты лечения и избавить данную категорию больных от травматичных операций, а также связанных с ним осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде.



Список литературы:

1. Рашидов, З. Р., Ш. Т. Мухтаров, and С. И. Азимов. "Возможности лечебно-профилактической тактики при доброкачественной гиперплазии простаты у больных туберкулезом." Туберкулез и болезни легких 99.7 (2021): 26-30.
2. Abdullaev, Z., Agzamkhodjaev, S., Chung, J. M., & Lee, S. D. (2020). Fistula recurrence after urethrocuteaneous fistulectomy in children with hypospadias: risk factors. Journal of Pediatric Urology, 16, S12.
3. Bondarenko, S. G., Agzamkhodjaev, S. T., Boyko, A. V., & Kuzovleva, G. I. (2022). The shape of the kidney pelvis in the fetus with hydronephrosis grade III as a predictor of surgical treatment in postnatal period. Russian Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care, 12(4), 419-428.