



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ФАНЛАР АКАДЕМИЯСИ
САМАРҚАНД ДАВЛАТ МЕДИЦИНА
ИНСТИТУТИ

ISSN 2181-5674

БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ МУАММОЛАРИ

ХАЛҚАРО ИЛМИЙ ЖУРНАЛ
№2.1 (95) 2017

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

**БИОЛОГИЯ ВА ТИББИЁТ
МУАММОЛАРИ**

**PROBLEMS OF
BIOLOGY AND MEDICINE**

**ПРОБЛЕМЫ БИОЛОГИИ
И МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по теоретическим и практическим
проблемам биологии и медицины
основан в 1996 году
выходит ежеквартально

Главный редактор - А.М. ШАМСИЕВ

Редакционная коллегия:

*А.В. Алимов, Ю.М. Ахмедов, А.И. Икрамов,
З.И. Исмаилов, З.Б. Курбаниязов (зам. главного редактора),
Ф.Г. Назиров, У.Н. Тамкенбаев, Т.Э. Останаккулов,
А.М. Хаджибаев, Д.Х. Ходжаев, М.Х. Ходжибеков,
Ш.А. Юсупов*

УЧРЕДИТЕЛЬ ЖУРНАЛА:

Самаркандский Государственный
медицинский институт

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 140100,
г. Самарканд, ул. Амира Темура, 18.

Телефон:

(99866) 233-36-79

Факс

(99866) 233-71-75

(99866) 231-00-39

Сайт

pbim.uz

e-mail

pbim.uz@gmail.com

committee@pbim.uz

Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Самаркандской области
№ 09-26 от 03.10.2012 г.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Х.А. Акилов	(Ташкент)
Н.А. Абдуллаев	(Самарканд)
А.Н. Алпаяров	(Самарканд)
О.А. Атаниязова	(Нукус)
Т.А. Аскарлов	(Бухара)
А.В. Девятков	(Ташкент)
И.И. Затевахин	(Россия)
С.И. Исмаилов	(Ташкент)
А.Ю. Разумовский	(Россия)
Rainer Riesenmuller	(Австрия)
В.М. Розинков	(Россия)
Л.М. Рощаль	(Россия)
А.А. Хусинов	(Самарканд)

Подписано в печать 22.04.2017.

Сдано в набор 13.05.2017.

Формат 60×84 мм

Усл. п.л. 66

Заказ 69

Тираж 100 экз.

Отпечатано

в типографии СамГосМИ.

140151, г. Самарканд,

ул. Амира Темура, 18

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

Насриев С.А., резидент магистратуры СамМИ

Кафедра анестезиологии и реаниматологии (зав. каф. - доц. Матлубов М.М)

Научный руководитель: доц. Пардаев Ш.К.

В отделении нейрохирургии клиники СамГосМИ в исследование были включены 65 больных. Распределение пациентов по полу, возрасту, характеру сопутствующей патологии, степени анестезиологического риска межгрупповых различий не имело. Локализация дискогенных грыж между L3-4-5-S1. В зависимости от проводимой анестезии, больные были разделены на две группы. Всем пациентам проводили стандартную премедикацию в/м атропин 1мг+ димедрол 10мг+ морфин 10мг за 30-40 минут до проведения анестезии. Пациентам основной группы (n=33) в операционной выполняли пункцию субарахноидального пространства на уровне L3-4 иглами калибра 22-24 G, положение пациентов сидя или на боку. Вводили 15-20мг 0,5% изобари-ческого раствора бупивакаина интратекально. Сенсорно-моторный блок наступал в течение 5-8 минут. При необходимости для седации вводили оксибутират натрия 50мг/кг. У пациентов контрольной группы (n=32)использовали ТВА с ИВЛ на основе тиопентала натрия 3-5мг/кг/ч, кетамина 7-8мг/кг/ч и фентанила 5-8 мг/кг/ч, миорелаксацию поддерживали введением ардуана 0,04-0,06мг/кг/ч.

Эффективность обезболивания во время операции и в послеоперационном периоде оценивали уровнем гли-кемии. Уровень сенсорного блока оценивали по тесту «pin prick», а эффективность моторного блока оценивали по 3-бальной шкале Ф.Р. Бромейджа (Bromage). Кардиогемодинамический мониторинг осуществлялся с момента перевода пациента в опе-рационную и включал в себя; ЭКГ (Геолинк ЭКЗТ-12-01, Япония), неинвазивный мониторинг АД систолическое(АДс), АД диа-столическое(АДд), АД среднее(АДср), число сердечных сокращений (ЧСС), сатурацию крови (SpO2), пульсоксиметрию (МПР6-03-“Тритон”, Россия), число дыхательных движений (ЧДД) в до, интраоперационной и после операционном периоде. Резуль-таты и их обсуждение: Проведенные исследования позволили установить, что непосредственно перед операцией у всех боль-ных отмечалось достоверное повышение АДс, АДд, АДср, ЧСС, а SpO2, ЧДД находилась в пределах нормы. У основной группе больных интраоперационном периоде АДс $102,1 \pm 3,8$ мм.рт.ст., АДд $61,5 \pm 8,3$ мм.рт.ст., АДср $79,2 \pm 11,8$ мм.рт.ст., ЧСС $86,6 \pm 6,1$ в мин., SpO2 $97,7 \pm 1,2\%$, ЧДД $13,9 \pm 2,1$ в мин., уровень глюкоза в крови $4,65 \pm 0,9$ мкмоль/л., после операции АДс $109,6 \pm 10,2$ мм.рт.ст., АДд $64,1 \pm 2,5$ мм.рт.ст., АДср $86,3 \pm 8,7$ мм.рт.ст., ЧСС $85,1 \pm 1,3$ в мин., SpO2 $98,3 \pm 1,5\%$, ЧДД $15,3 \pm 1,5$ в мин., уровень глюкоза в крови $4,88 \pm 0,78$ мкмоль/л. А у контрольной группе больных интраоперационном периоде АДс $128,2 \pm 12,9$ мм.рт.ст., АДд $78,6 \pm 6,5$ мм.рт.ст., АДср $94,6 \pm 6,4$ мм.рт.ст., ЧСС $85,2 \pm 9,3$ в мин., SpO2 $97,7 \pm 1,0\%$, ЧДД $13,3 \pm 1,4$ в мин., уровень глюкоза в крови $5,20 \pm 1,2$ мкмоль/л., после операции АДс $110,6 \pm 17,9$ мм.рт.ст., АДд $70,4 \pm 8,5$ мм.рт.ст., АДср $87,5 \pm 13,4$ мм.рт.ст., ЧСС $84,6 \pm 8,8$ в мин., SpO2 $98,0 \pm 0,5\%$, ЧДД $16,2 \pm 1,4$ в мин., уровень глюкоза в крови $5,53 \pm 1,4$ мкмоль/л.. Полученные результаты позволяют утверждать, что ТВА не

вполной мере обеспечивает полноценную защиту. Вы-воды: При операциях дискогенных грыж, СА бупивакаинном обеспечивает гладкое течение анестезии и надежно защищает организм больных от хирургической агрессии и является наиболее приемлемым и экономным с точки зрения расходуемых лекарственных средств, отсутствие значительной фармакологической нагрузки на больного.