

Литература:

1. Вакульчик, В.Г. Гнойные перикардиты у детей / В.Г. Вакульчик, А.В. Худовцова // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, Брест, 16 – 17 октября 2014 г.– Брест, 2014. – С. 8–9/
2. Troughton R.W. Pericarditis / R.W. Troughton, C R. Asher, A. L. Klein // Lancet. – 2004. – V. 363, – № 9410. – P. 717–727.
3. Vakulchik, V. Constrictive pericarditis in children / V. Vakulchik, A. Khudovtsova // Slovensko–Polske Vojtekove–Rudnikove Dni Detskej Pneumoftizeologie a Imunoalergologie: abstrakty prispevkov.– Dolny Smokovec, 2014. – С. 21–22

АДЕКВАТНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПОЛОВОМ ЧЛЕНЕ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Варда И.Ф.¹, Каганович М.С.²

¹БелМАПО, Минск;

²РНПЦ детской хирургии, Минск

Введение. Необходимость выполнения оперативных вмешательств на половом члене у детей диктует выбор адекватного обезболивания. Как правило, в независимости от возраста ребенка, после прекращения действия общей анестезии у ребенка часто наблюдается психомоторное возбуждение и появление выраженного болевого синдрома, который трудно купировать обычными внутримышечными инъекциями обезболивающих препаратов. Применение в практике комбинированных методов обезболивания на основе регионарной анестезии является целесообразным, особенно при амбулаторной хирургии или хирургии одного дня, где необходимо достижение максимально быстрой реабилитации ребенка в раннем послеоперационном периоде.

Цель – представить наш опыт применения регионарной анестезии при проведении оперативных вмешательств на половом члене у детей.

Материал и методы исследования. За последние 3 года на базе детского хирургического центра в составе первой клинической больницы и РНПЦ ДХ г. Минска выполнены 89 операций на половом члене у детей. Возраст детей от 1 месяца до 15 лет. Оперативные вмешательства в основном были по поводу рубцовых фимозов и ритуального обрезания. 12 детей из них были оперированы повторно по поводу рубцовой деформации крайней плоти. Им ранее была выполнена циркумцизия в разных странах и регионах. Всем детям оперативные вмешательства проводились под общей анестезией с применением регионарного обезболивания.

Описание методики регионарного обезбоживания:

Мы применяли комбинацию препаратов 5% бупивакаина + 1% Лидокаина из расчета 1 mg на 1 kg веса ребенка. Методика основана на особенностях топографо-анатомических отношений нервов полового члена.

Как известно, что чувствительные волокна ствола и головки полового члена идут в составе дорсального нерва полового члена (*n. dorsalis penis*). Он является парным нервом и проходит вдоль спинки полового члена под Buck-Gurdon fascia или фасцией Бака (*fascia penis profunda, fascia penis superficialis*) и отдает ветви к пещеристым телам и покрывающей их коже. *N. dorsalis penis* является разветвлением срамного нерва (*n. Pudendus*), который берет начало из крестцового сплетения (*plexus sacralis*).

Топографически *N. dorsalis penis* отходят от срамного нерва, проходят под лобковым симфизом, penetрируют подвешивающую связку полового члена в точках, соответствующих 11-и и 1-го часа условного циферблата и располагаются под фасцией Бака.

Техника проведения регионарного обезбоживания: Пальпируем лобковый симфиз. По средней линии симфиза инсулиновую иголку 22–30 G вводим вертикально медленно до нижнего края симфиза или до ощущения проникновения фасции Бака, затем направляем иголку в сторону 11-и часов условного циферблата и вводим часть обезболивающего раствора. Иголку оттягиваем назад и проводим ее в сторону 1-го часа условного циферблата и вводим остальное количество обезболивающего раствора. Обезболивающий эффект, как правило, наступает через 2 мин., а максимальное обезбоживание – через 7 минут.

Результаты и их обсуждение. У всех пациентов в раннем послеоперационном периоде отмечалось отсутствие болевого синдрома в среднем от 2 до 6 часов, психомоторное возбуждение сведено к минимуму. В дополнительных внутримышечных введениях обезболивающих препаратов больные не нуждались.

Особенности данной техники:

1. Позволяет достичь максимального уровня обезбоживания в послеоперационном периоде на длительное время (от 2-х до 6-и часов после пробуждения от наркоза) с минимальным количеством обезболивающих препаратов.
2. С помощью данной техники у более старших детей можно выполнить оперативные вмешательства на половом члене достаточной сложности без применения общей анестезии.

Выводы:

1. Метод комбинированной анестезии с помощью регионарной блокады *n. dorsalis penis* является достаточно простым и эффективным, что позволяет рекомендовать его для широкого применения в детской хирургии и детской урологии при проведении оперативных вмешательствах на половом члене.

2. Данный метод позволяет снизить себестоимость операции за счет выполнения оперативного вмешательства без применения наркотических анальгетиков и уменьшать расход ингаляционного анестетика, а также уменьшить время пребывания пациента в стационаре.
3. Эффективность анестезии позволяет обеспечить максимально быструю реабилитацию ребенка в раннем послеоперационном периоде, а также минимизировать стресс, полученный от оперативного вмешательства.
4. Простота, эффективность и безопасность метода позволяет расширить диапазон показаний к оперативным вмешательствам на половом члене в амбулаторных условиях без применения общей анестезии.

Литература:

1. Морган Дж. Э., Михаил М. С. Клиническая анестезиология: книга 3-я. – Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. 304 с.
2. Coran A.G. et al. Pediatric surgery. 7th edition. Philadelphia. – 2012. – vol 1. – 402 p.
3. Grosfeld J.I. et al. Pediatric Surgery. 6th edition. Philadelphia. – 2006. – vol 2. – 2146 p.

ЭЛЕКТРОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ФУНКЦИИ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КОСОЛАПОСТЬЮ СТОП

Васько О.Н., Хомушко И.С.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр травматологии
и ортопедии», Минск*

Введение. Врожденная косолапость – наиболее часто встречающийся порок развития костной, мышечной и сосудистой систем нижних конечностей, который имеет тенденцию к рецидиву после проведенного лечения у растущего ребенка. По данным литературы, врожденная косолапость составляет до 35% от всех пороков опорно-двигательной системы и встречается с частотой 3:1000 новорожденных; соотношение – мальчики/девочки – как 2/1; сразу обе стопы – у 30–50% пациентов [1]. Истинная этиология врожденной косолапости неизвестна. Предполагается, что врожденная косолапость – это совокупность полифакторных наследственных изменений. Лечение деформации стоп у детей и подростков представляет значительные трудности и далеко не всегда приводит к желаемому результату, что может быть связано с недооценкой особенностей функционального состояния нервно-мышечной системы при данной патологии [2].