

**Мета.** В наявних роботах проблеми значущості комбінованої загальної анестезії висвітлені недостатньо. Це змусило нас використати мультимодальну комбіновану анестезію каудальну анестезію в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області.

**Об'єкт і методи.** Групи склали хлопчики з варикоцеле ( $n = 16$ ) і дівчатка з двосторонніми паховими грижами ( $n = 7$ ). Середній вік пацієнтів – 10 років  $\pm$  2 роки, вага  $30 \pm 5$  кг. Всі діти ставилися до I класу по ASA. Анестезіологічний ризик по Ракітцкому II ст. Премедикація у всіх дітей проводилася у відділенні в присутності батьків і включала внутрішньовенне введення атропіну (0,1 мг/кг), сибазону (0,3 мг/кг), і 50% анальгін (10 мг/кг). Індукцію проводили пропофолом 3 мг/кг болюсно, підтримання анестезії – пропофолом інфузійно 0,7 мг/кг/хв (2 мг/кг). На тлі загальної анестезії і міорелаксації проводили інтубацію трахеї і ШВЛ.

Після цього виконували пункцію каудального простору з болюсним введенням 0,25% ропівакаїну (наропіну) із розрахунку 1,0 мл/кг маси тіла. Перед накладенням карбоксиперитонеуму проводили інфільтраційну анестезію навколопупкової області 1% ультракаїном. Інтраопераційно наркотичні анальгетики не вводилися. Тривалість оперативного втручання склала в середньому  $35 \pm 10$  хвилин. Інтраопераційно і в післяопераційному періоді монітувати ЧСС, АТ (систоличний, середнє, діастолічний),  $\text{SaO}_2$ , показники газообміну і рівень глікемії. Крім того застосовували BIS-монітор для контролю глибини анестезії. Після пробудження оцінювали больовий синдром за візуально-аналоговою, вербальною і мімічною шкалами оцінки інтенсивності болю. Ускладнень при виконанні каудального блоку не зафіксовано.

**Результати.** Отримані результати свідчать про те, що анестезіологічне забезпечення при лапароскопічних операціях у дітей пропофолом в поєднанні з каудальною анестезією і інфільтраційною анестезією навколопупкової зони 1% ультракаїном не викликає змін гемодинаміки, негативно не впливає на транспорт кисню, зменшує дискомфорт при накладенні карбоксиперитонеуму, забезпечує гладкий вихід з наркозу і хороше знеболення на протязі до 6 годин.

**Висновки.** Застосування каудальної анестезії в поєднанні з інфільтраційною анестезією навколопупкової області – ефективний та безпечний метод анестезіологічної допомоги при оперативних втручаннях у дітей, дозволяє скоротити потребу в гіпнотиках і центральних анальгетиках. Комбінована регіонарна анестезія менш затратна та зменшує витрати як на операцію, так і в післяопераційному періоді.

## Современные аспекты лечения аппендикулярного абсцесса у детей

В. А. Дегтярь, А. М. Барсук, С. В. Коваль, Л. Н. Бондарюк

Днепропетровская медицинская академия,  
Днепропетровская областная детская клиническая больница

**Актуальность.** В последние годы внедрение малоинвазивных технологий при аппендикулярном перитоните у детей значительно улучшило как ближайшие, так и отдалённые результаты лечения. Предлагаются разные способы оперативного лечения и санации в случаях сформированного аппендикулярного абсцесса. Сохраняется достаточно высокий процент интраабдоминальных послеоперационных осложнений, независимо от способа лечения.

**Цель работы.** Улучшить эффективность оперативного лечения аппендикулярного абсцесса у детей.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в клинике оперировано 54 ребёнка по поводу сформированного аппендикулярного абсцесса. Дети поступали в срок от 2 до 9 суток от начала заболевания. Всем детям оперативное лечение начинали лапароскопически, у 4-х из них возникла необходимость в конверсии на лапаротомный доступ. Возраст пациентов составил от 6 месяцев до 17 лет: от 6 месяцев – до 3 лет 5 детей, от 4 лет до 7 лет 15 детей, от 8 до 12 лет 17 детей, от 13 до 17 лет 17 детей. По распределению по полу: мальчиков подавляющее большинство – 33 ребенка, девочек – 21. На момент поступления не обращалось за медицинской помощью и не лечилось 28 детей, у 12 родители занимались самолечением и не обращались за медицинской помощью, 14 находились под наблюдением медицинских работников и получали лечение по поводу соматической патологии. В послеоперационном периоде дети получали АБ терапию по схеме: цефалоспорины+амикацин+метронидазол.

**Результаты и обсуждения.** Детей с аппендикулярным абсцессом без перитонеальных симптомов и возможностью чрезкожной пункции и дренирования полости абсцесса мы не наблюдали. Длительность оперативного вмешательства колебалась от 30 до 120 минут. В 38 случаях в патологический процесс был вовлечен большой сальник, произведена лапароскопическая резекция участка измененного сальника. У 15 детей после разъединения стенок абсцесса париетальная и висцеральная брюшина обрабатывалась противоспаечным гелем, содержащим гиалуронат натрия, с целью уменьшения спаечного процесса и улучшения эффективности дренирования. Культю отростка удалось клипировать у 40 детей, в 8 случаях произведена перевязка лигатурой широкого основания, в 4-х случаях произведено лапароскопическое ушивание купола слепой кишки, в 2-х случаях основание отростка не было выявлено, подводилось по 2 дренажные трубки к ложу абсцесса. Интраоперационные осложнения в виде повреждений стенки подвздошной кишки отмечалось у 1 ребенка, конверсия на лапаротомию, наложение двойной илеостомы. У двоих детей в раннем послеоперационном периоде отмечалось формирование абсцесса брюшной полости, повторная лапароскопическая санация. У двоих детей отмечалось нагноение лапаротомной послеоперационной раны. Госпитальный период длился от 9 дней до 4 недель, после чего пациенты выписаны на амбулаторное лечение.

#### **Выводы.**

1. Лапароскопический способ лечения аппендикулярного абсцесса у детей позволяет в подавляющем большинстве случаев получить хороший результат .

2. Применение противоспаечного геля, содержащего гиалуронат натрия, позволяет снизить количество послеоперационных интраабдоминальных осложнений и улучшает эффективность дренирования брюшной полости.

## **Досвід хірургічного лікування гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи**

**В. А. Дігтяр, О. М. Барсук, А. А. Галаган, В. Г. Хомяков, Ю. Ф. Жущман**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України**

**Вступ:** Незважаючи на досягнення в лікуванні гнійно-деструктивних захворювань бронхолегеневої системи у дітей, ця проблема досі залишається актуальною. Це пов'язано з великою кількістю легенево-плевральних форм гострої деструктивної пневмонії та її