

теризующаяся фосфатурией, гипофосфатемией, низкорослостью, деформацией нижних конечностей с формированием статико-динамической недостаточности [1].

Цель исследования: Оценить показатели канальцевой реабсорбции фосфатов у детей с гипофосфатемическим рахитом в динамическом наблюдении.

Материалы и методы: представлены результаты катамнестического обследования 82 пациентов с ГР в 3 возрастных группах: I (1–3 года), II (4–10 лет), III (11–18 лет), из них 30 (36,59%) мальчиков; 52 (63,41%) девочек, средний возраст на момент исследования 8 лет. Исследовались: КРФ, МКРФ, ФЭФ, МКРФ/СКФ, Р мочи и Р крови.

Результаты: чаще болеют девочки (2:1). При оценке длины тела у пациентов выявлен низкий рост (больше у девочек в III группе). Рост у девочек в I гр (82 ± 12 см), у мальчиков $84,9 \pm 6$ см (2 центильный интервал). Во II группе у девочек $110 \pm 37,3$ см, у мальчиков 105 ± 45 см (2–3 центильный интервал). В III группе у девочек 144 ± 35 см, у мальчиков 148 ± 37 см (3 центильный интервал). Канальцевая реабсорбция фосфатов: КРФ (канальцевая реабсорбция фосфатов): I- $55,37^-$, II- $71,6^-$, III- $73,56^-$; МКРФ (максимальная канальцевая реабсорбция фосфатов): I- $0,87^-$, II- $0,73^-$, III- $0,65^-$; ФЭФ (фракционная экскреция фосфата): I- $43,54^+$, II- $32,66^+$, III- $26,44^+$; МКРФ/СКФ (отношение максимальной канальцевой реабсорбции к скорости клубочковой фильтрации): I- $0,01^-$, II- $0,11^-$, III- $0,01^-$; Р мочи (фосфаты мочи): I- $30,09$ мг/кг $^+$, II- $31,31$ мг/кг $^+$, III- $28,67$ мг/кг $^+$; Р крови (фосфор крови): I- $1,32^-$, II- $1,05^-$, III- $0,88^-$.

Выводы: у детей с гипофосфатемическим рахитом, получающих терапию фосфатным буфером и активными метаболитами витамина D, отмечена выраженная задержка роста в I гр. (2 центильный интервал, до начала терапии), в III гр. (3 ЦИ), фосфатурия (30 мг/кг), гипофосфатемия в II–III гр. ($1,05-0,08$ ммоль/л), улучшение рахитических костных деформаций, не нарастала статико-динамическая недостаточность. Полученные данные демонстрируют эффективность терапии препаратами фосфатного буфера (ReductoSpeciale), активными метаболитами витамина D (Рокальтрол). Ухудшение показателей КРФ в III группе связано с ростовым скачком в период пубертата, что требует коррекции терапии и динамического контроля изучаемых показателей.

Литература

1. Савенкова Н.Д., Папаян А.В., Левиашвили Ж.Г. Тубулопатии в практике педиатра.
2. Hypophosphatemic rickets / V.S. Jagtap, V. Sarathi, A.R. Lila [et al.] // Ind. j. of endocrinology a. metabolism. 2012. Vol. 16, N 2. P. 177–182.
3. Левиашвили Ж.Г. Тубулопатии с ведущим синдромом рахита, почечного канальцевого ацидоза, алкалоза, редкие синдромы у детей. Автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. Научный консультант: доктор медицинских наук профессор Савенкова Н.Д. Санкт-Петербург 2015.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ФУРАМАГА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Ли Б.С.

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ахрарова Н.А.
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: наиболее частым синдромом,отягощающим течение пневмонии, являются заболевания почек, как пиелонефриты, сохраняя свою актуальность в структуре патологии детей раннего возраста. Поэтому необходимо продолжать исследования для разработки обоснованных принципов терапии и реабилитации больных.

Цель исследования: оценить эффективность применения препарата Фурамаг в комплексной терапии при осложненной пневмонии у детей раннего возраста с заболеваниями почек.

Материалы и методы: обследованы 2 группы больных с осложненной пневмонией: контрольная группа — больные дети, получившие общепринятое лечение, вторая основная группа 30 детей, в комплекс терапии которых, был включен фурамаг детям от 1-го до 3-х лет в дозе 5 мг/кг/сут в 2 приема, курс лечения 7 дней.

Результаты: анализ показал, что во 2-группе у больных детей с включением в лечение фурамага на вторые сутки отмечались снижение температуры, улучшалось общее состояние, восстановились сон, аппетит, эмоциональная и физическая активность (67%), исчезали признаки дыхательной недостаточности (78%). Фурамаг в терапевтических дозах стимулирует лейкопоз и наличие в составе препарата карбоната магния основного обеспечивает лучшую биодоступность, чем чистый фуразидин. В связи с чем, этой группе детей показатели периферической крови и мочи нормализовались к моменту выписки в 78%, а показатели газов — в 82% случаев. Что касается контрольной группы (дети, получающие общепринятое лечение), то улучшение общего состояния и уменьшение признаков интоксикации в первые 2 дня лечения отмечалось у 53% детей, в 62% случаев исчезли признаки дыхательной недостаточности. Показатели периферической крови и мочи нормализовались у этих детей к концу лечения в 65% случаев, а газы крови — в 70%.

Выводы: таким образом, нитрофураны, являются противомикробным средством широкого спектра действия, их можно широко применять в практике нефрологии и в большинстве случаев оказывают положительные эффекты, также активизируют иммунную систему организма. Применение фурамага у детей раннего возраста с осложненной пневмонией оправдано в связи с высокой клинической эффективностью и значительным сокращением сроков лечения больных в сочетании со степенью безопасности.

Литература

1. Петросян Э.С., Гаврилова В.А., Резников А.Ю. Лечение и профилактика рецидивирующей инфекции мочевых путей у детей. Рос.вестн. перинатол. и педиатр. 2010; 1:85–88.
2. Применение препарата Фурамаг в комплексном лечении пиелонефрита у детей. Багдасарова И.В., Суслова Г.Д., Рыков АА. Назаренко В.А. Педиатрия, акушерство и гинекология. 2003; 3:56–58.
3. Филиппов АВ., Чугунова О.Л., Мелехина Е.В. Современные методы местной терапии хронического цистита у детей.

СЕКЦИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ СКРЫТОГО ПОЛОВОГО ЧЛЕНА У ДЕТЕЙ

Андыбаева А.Е., Никкель Н.А.

Научный руководитель: магистр медицины, ассистент кафедры Ерболганов Е.Е.
Кафедра хирургических болезней № 1
Медицинский университет Караганды

Актуальность исследования: Скрытый половой член представляет собой недостаточно изученную патологию [2]. Помимо косметического дефекта и психической травмы влияет на функцию мочеполовой системы [1]. Описываются методики по устранению этой патологии, но со случаями послеоперационных осложнений связанные с дефицитом кожи [3].

Цель исследования: предложить метод оперативного лечения и поделиться достигнутыми результатами.

Материалы и методы: С 2015–2019 гг. 11 мальчиков в возрасте от 8 мес. до 5 лет прооперированы в отделении детской хирургии. 8 пациентам проведена операция предлагаемая нами. Троим пациентам у которых интраоперационно не наблюдалось дефицита кожи, проведена операция предложенной Европейской Ассоциацией Урологов (ЕАУ).

На основе операции предложенной ЕАУ мы предлагаем дополнительно использование кожного лоскута на сосудистой ножке из внутреннего листка крайней плоти при имеющемся дефиците пластического материала. Для достижения данной цели выкраивается прямоуголь-