

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., Сулова 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. Трём 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-

ный лоскут из внутреннего листка крайней плоти на сосудистой ножке и перемещается на вентральную поверхность ствола полового члена.

Результаты: У 8 пациентов прооперированных по нашему методу, не наблюдалось послеоперационных осложнений. Среднее увеличение длины проекции полового члена после операции составило 3,5 см, статистически значимое различие. У одного пациента из троих прооперированных по методу предложенной ЕАУ отмечалось послеоперационное осложнение в виде расхождения вентрального шва.

Выводы: Предложенный способ оперативного лечения скрытого полового члена позволяет полностью освободить кавернозные тела из окружающих тканей, визуально обеспечить удлинение ствола полового члена без кожного натяжения. Достичь хорошего косметического и функционального эффекта. Уменьшить число послеоперационных осложнений. Является эффективным методом лечения, позволяющий провести достаточную социальную и психологическую адаптацию пациентов.

Литература

1. Мирский В.Е., Рищук С.В. Заболевания репродуктивной системы у детей и подростков. Руководство для врачей. Санкт-Петербург. СпецЛит 2011. 214 с.
2. Ерохин А.П. Особенности хирургической техники при лечении перепончатого и скрытого полового члена у детей; А.П. Ерохин. Детская хирургия. 1997. № 1. С. 41–43.
3. Мельникова С.А. Собственный способ хирургической коррекции скрытого полового члена у мальчиков и подростков / С.А. Мельникова, Н.А. Цап, Л.Г. Основин // Вестник РГМУ, 2008. № 4. С. 124–125.

ДОБАВОЧНОЕ ЛЕГКОЕ — РЕДКИЙ ПОРОК РАЗВИТИЯ

Бухмирова П.Ю., Шульга Е.А., Абдулатипова А.М., Лобанова А.П., Шибутова Ю.И.

Научный руководитель: к. м. н. Патрикеева Т.В.

Кафедра детской хирургии с курсом анестезиологии и реанимации
ПСПбГМУ им.ак. И.П. Павлова

Актуальность исследования: Добавочное легкое крайне редкий порок развития (встречаемость менее 1:100000 рождений), который невозможно диагностировать дооперационно. Поэтому при удалении внелегочной секвестрации необходимо помнить, что это может быть добавочное легкое, которое требует правильной перевязки бронха и сосудов[1,2].

Цель исследования: Представить алгоритм диагностики и тактику лечения редкого порока развития бронхолегочной системы — добавочного легкого у новорожденных.

Материалы и методы: Описаны 2 клинических случая новорожденных за последние 15 лет, зарегистрированных в СПб с гистологической верификацией диагноза добавочное легкое, сроки и алгоритм постнатального лучевого обследования, метод лечения. Клинические случаи представлены архивами ДГБ № 1 Санкт-Петербурга и СПбГПМУ.

Результаты: После сравнения 2 различных клинических случаев, можно сказать, что: 1. Течение беременности и внешние факторы не влияют на формирование порока; 2. Лечение только хирургическое; 3. Косвенным признаком порока является обнаружение фрагмента ткани неоднородной плотности, неправильной формы с атипичным кровотоком, который располагается в верхних отделах плевральной полости или средостения; 4. Течение в раннем возрасте чаще бессимптомное, но иногда добавочное легкое может иметь клинические проявления, угрожающие жизни;

Выводы: 1. Добавочное легкое — действительно существующий редкий порок развития легких. 2. Дооперационная дифференциальная диагностика добавочного легкого с другими ВПР затруднена (в особенности с крупным легочным секвестром). 3. Интраоперационно удаление добавочного легкого должно сопровождаться перевязкой бронха и питающих сосудов.

Литература

1. Аверьянов А.В., Кемеж Ю.В. Добавочный трахеальный бронх, 2013.
2. Abbey R. Smith: A theory of the origin of intralobar sequestration of lung, 1955.