

Изменения в общем анализе крови после операции наблюдались у 21 (55,3%) пациента в виде нейтрофильного лейкоцитоза, ускоренной СОЭ, микроцитарной гипохромной анемии; изменения в общем анализе мочи – у 28 (73,7%) детей в виде протеинурии у 4 (9,6 %), гематурии у 24 (63,1%), лейкоцитурии у 10 (27,3%).

Срок стояния катетера в среднем составил 6,2 дня, эпицистостомы у 11 (28,9%) детей – 11 дней.

Средняя длительность пребывания в стационаре с 2007 по 2014 гг. составила 10,9 дней.

Результаты исследования показали, что в большинстве случаев исходом лечения осложнений гипоспадии явилось выздоровление – у 35 (92,1%) пациентов, рецидив осложнения - у 3 (7,9%) детей (у 2 мальчиков – свищ уретры; у 1 – стриктура наружного отверстия уретры).

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что хирургическое лечение осложнений гипоспадии стало более эффективным. С 2007 по 2014 гг. сократились сроки пребывания детей в стационаре и в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Литература:

1. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. М.: Медицина, 1986. С. 217-235.
2. Smith ED. Hypospadias. // Ashcraft Keith W. Pediatric Urology. Philadelphia: Saunders Company 1990. P. 353-395.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Доста А.М., Ходкевич М.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Беларусь

Кафедра детской хирургии

Научный руководитель – д-р мед. наук, проф. Ковальчук В.И.

Актуальность. Современная концепция лечения гипоспадий сводится к преимущественному применению одноэтапных операций, а также возможному сохранению уретральной площадки и использованию ее для уретропластики даже при проксимальных гипоспадиях.

Целью исследования явилось изучение основных методик хирургического вмешательства и результатов хирургического лечения детей с гипоспадией.

Материал и методы. Обследованы 172 ребенка с гипоспадией, находившихся на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГОДКБ». Использован сплошной метод наблюдения за период с 2007 по 2014 гг. на основании изучения медицинской карты стационарного больного.

Результаты. Средний возраст госпитализированных детей - 5,4 года. 134 (77,9%) пациента были госпитализированы впервые, остальные 38 (22,1%) – повторно, с осложнениями гипоспадии.

Встречаемость форм гипоспадии: головчатая - у 51 (38,1%) пациентов; стволовая - у 59 (44%); мошоночная - у 19 (14,2%) детей; с промежностной формой не было ни одного ребёнка; гипоспадия без гипоспадии - у 5 (3,7%) мальчиков.

Для коррекции порока были использованы различные методики хирургического вмешательства. Основным методом явилась пластика дистального отверстия уретры по Снодграссу - у 99 (73,88%) детей. Пластика уретры по Дюплею выполнялась 21 (15,67%) ребенку; пластика дистального отдела уретры методом DUAGO – 6 (4,48%) пациентам; пластика уретры по MAGPi – 3 (2,24%) детям. Выпрямление полового члена с пластикой кожи по Майсу - Омбредану выполнялась 5 (3,73%) детям с мошоночной формой гипоспадии как I этап коррекции порока.

Учитывая сложность оперативного вмешательства, в интраоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия 129 (96,2%) пациентам.

Средняя длительность оперативного вмешательства - 85 минут.

В послеоперационном периоде в отделении интенсивной терапии и реанимации находился 101 ребенок (75,4%), средняя длительность пребывания составила 14 часов.

Срок стояния катетера в среднем составил 7,3 дня, эпицистостомы у 26 детей (19,4%) – 10,6 дней.

Средняя длительность пребывания в стационаре с 2007 по 2014 гг. составила 12,1 дней.

Результаты исследования показали, что в большинстве случаев исходом лечения явилось выздоровление – у 119 (88,6%) пациентов; осложнение гипоспадии наблюдалось у 14 (10,6%) детей и 1 (0,8%) ребенок - без перемен.

Выводы. Результаты исследования свидетельствуют о том, что хирургическое лечение гипоспадий стало более эффективным, предсказуемым и менее обременительным для маленького пациента и его семьи. Основной методикой хирургического вмешательства в настоящее время является пластика дистального отдела уретры по Снодграссу. С 2007 по 2014 гг. сократились сроки пребывания детей в стационаре и в отделении интенсивной терапии и реанимации.

Литература:

1. Лопаткин Н.А., Пугачев А.Г. Детская урология. Руководство. М.: Медицина, 1986. С. 217-235.
2. Smith ED. Hypospadias. // Ashcraft Keith W. Pediatric Urology. Philadelphia: Saunders Company 1990. P. 353-395.

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ МУЗЫКИ В НИГЕРИИ

Досунму Колаволе Адесегун

Гродненский государственный медицинский университет

Кафедра русского и белорусского языков

Научный руководитель – Сентябова А.В.

Профессиональное музыкальное искусство в Нигерии берет свое начало еще в Средневековье, когда на данной территории начали появляться первые государства. Развитие этих государств предопределило полиэтнический характер современной Нигерии, насчитывающей более 250 народностей. Богатство и многообразие музыкальной культуры Нигерии неразрывно связано с особенностями традиций многочисленных народов, стоящих на разных ступе-