

38-39°C, слабкість). 3-х дітей з легеневим процесом скаржились на кашель та зниження ваги. У всіх пацієнтів визначалась гепатоспленомегалія.

Всі діти були консультовані лікарем-інфекціоністом ЗОПТКД, та в подальшому на весь період стаціонарного лікування знаходились під його наглядом. Переважна частина дітей (80%; $p < 0,05$) отримували антиретровірусну терапію (АРТ), із них всі діти, які мали ВІЛ-статус з народження. 20% – не отримували АРТ за відмовою їх матерів.

У 30% випадків були виявлені МБТ у мокротинні та мазку з зіву. Виділення МБТ відмічалось у дітей, які мали легеневі форми туберкульозу, а також які не отримували АРТ. 60% дітей діагностовано порушення фізичного розвитку.

Висновки. Особливостями клінічних проявів ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ є: 1) діти з вікової категорії 5-9 років (60%); 2) ВІЛ-статус з народження (70%); 3) у 50% випадків реакція на туберкулінову пробу Манту негативна; 4) легкі форми туберкульозу (90%) без деструктивного процесу (90%) та бактеріовиділення (70%); 5) скарги переважно інтоксикаційного характеру; 6) 80% дітей отримували АРТ, із них всі, які мали ВІЛ-статус з народження.

Таким чином, своєчасна діагностика у дітей, як ВІЛ-інфекції, так і туберкульозу та раннє призначення АРТ і протитуберкульозної хіміотерапії сприяють запобіганню негативним наслідкам захворювання.

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ НА ЭКГ У ДЕТЕЙ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ

Захарченко Н.А.

Научный руководитель: асс. Скрипникова Я.С.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра пропедевтики детских болезней

Электротравма остается актуальной проблемой у взрослых и детей, т.к. повышение комфортности нашей жизни влечет за собой повышение количества электроприборов, которые окружают нас в быту и на производстве. Патогенез поражения электрическим током до конца не изучен, поскольку практически невозможно исследовать все процессы, происходящие в живом организме в момент прохождения через него электрического тока. Ток оказывает электрохимическое, тепловое, механическое, биологическое действие.

Аномальное прохождение электронов через тело в момент поражения электрическим током приводит к повреждениям или гибели организма путем деполяризации клеточных мембран нервов и мышц, обуславливая возникновение патологических электрических ритмов в сердце и центральной нервной системе; к возникновению наружных и внутренних электрических ожогов вследствие нагревания и испарения клеточных мембран. Тяжесть и характер электротравмы в основном определяется следующими факторами: видом, силой и напряжением тока, путем его прохождения через организм, длительностью его действия и сопротивлением тканей. Наряду с силой и напряжением тока большое значение имеет путь его прохождения от точки входа до точки выхода. Путь тока через тело называют петлей тока. Наиболее опасным вариантом считается так называемая полная петля (две руки — две ноги): в этом случае ток неизбежно проходит через сердце, что может вызвать нарушение его работы вплоть до остановки. Смерть при поражении электротоком наступает из-за фибрилляции желудочков или от внезапной остановки сердца.

Целью нашей работы было выявить возможные особенности изменений на ЭКГ у детей с электротравмой. Проведен анализ ЭКГ детей, получивших электротравму, которые проходили лечение в областном ожоговом отделении ГКБЭ и СМП г. Запорожья за 2012-2015гг. За этот период в отделении пролечены 15 детей в возрасте от 1 до 17 лет, которые получили электротравмы различной степени тяжести. Из них 2 человека были с поражением электротоком высокого напряжения. Всем детям с поражением электротоком проводилось ЭКГ- исследование троекратно с 1 по 3 день пребывания в стационаре, все дети получали лечение в связи с электроожогами (по показаниям противошоковая, инфузионная, антибактериальная терапия и оперативное лечение). У 14 (93,3%) человек была зафиксирована тахикардия, что м.б. связано со стрессом ребенка. У 6 человек (40,0%) регистрировалась миграция водителя ритма, которая сменялась в динамике синусовым ритмом. АВ-блокада 1 степени развилась на 2-3 день в 4 случаях (26,6%), в одном случае зафиксированы блокированные предсердные экстрасистолы и синдром слабости синусового узла, альтернация и снижение вольтажа наблюдались у 1 ребенка, у 6 детей (40,0%) регистрировались нарушения внутрижелудочковой проводимости. У всех детей зафиксировано изменение электрической оси сердца, что свидетельствует о нарушении распространения волны деполяризации

по кардиомиоцитам, как следствие воздействия электрического тока, которое приводит к изменению направления суммарного вектора ЭДС сердца.

Таким образом, если в момент поражения электротоком не возникла фибрилляция, то дальнейшие изменения на ЭКГ носят функциональный характер, не влияют на клиническое течение посттравматического периода и не требуют специального лечения.

ИНВАГИНАЦИЯ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Карамушка А.А., Руденко Д.И., Пухир В.П.

Научный руководитель: ас. Силина Е.А.

Запорожский медицинский государственный университет

Кафедра детских инфекционных болезней

Целью нашей работы было проведение сравнительного анализа клинических данных у детей грудного возраста с проявлениями диспепсического синдрома с ранними симптомами инвагинации кишечника, госпитализированных за последние 3 года в городскую детскую многопрофильную больницу №5 г. Запорожья.

Материалы и методы. На первичном этапе работы нами проведен анализ 102 историй болезни детей, госпитализированных в клинику с проявлениями диспепсического синдрома и болей в животе с подозрением на инвагинацию кишечника. У всех детей заболевание началось остро с рвоты, двигательного беспокойства, нарушения стула. По возрасту дети были распределены: до 1 года – 66 детей, из них до 6 мес – 17 детей. В 92% случаев дети направлялись врачами-педиатрами из поликлиник, остальные переведены из детских больниц города. Преобладали мальчики – 68%. Синдром функциональных абдоминальных болей диагностирован у 36 детей, копростаз – у 2-х, острая кишечная инфекция – у 32. Только у 32 больных методом ультразвукового и рентгенологического обследования органов брюшной полости был подтвержден диагноз инвагинации кишечника. Из них у 14 детей дезинвагинация проведена консервативно, а у 16 – хирургическим путем. Нами проанализирована клиническая картина инвагинации кишечника у 32 детей грудного возраста.

Все дети находились на смешанном или искусственном вскармливании. Причиной ухудшения состояния был перевод на новое питание или введение прикорма. 18 детей поступили в первые сутки заболевания. У большинства отмечались незначительные симптомы интоксикации без повышения температуры тела. Основным симптомом у 29 детей было беспокойство приступообразного характера с продолжительностью до 1 минуты, которое сопровождалось тревожным криком с интервалами успокоения в 20-30 минут. Во время приступа беспокойный ребенок кричал, сучил ножками.

С выраженной клинической картиной поступило 10 детей на вторые сутки от начала заболевания. Общее состояние этих детей расценивалось как средней тяжести или тяжелое. Умеренные проявления дегидратации и токсикоза сопровождалась тахикардией и одышкой. У 7 детей сохранялся абдоминальный синдром с резким двигательным беспокойством на протяжении нескольких минут, светлые промежутки были более короткими (10-15 минут).

У 4 детей, длительность заболевания которых была более 2-х суток, выявлены признаки начинающихся осложнений со стороны органов брюшной полости. Общее состояние тяжелое с выраженными нарушениями гемодинамики и метаболизма. Рвота носила постоянный характер с дуоденальным и энтеральным содержимым.

Выводы. Анализ собственных наблюдений и литературных данных позволил сделать вывод, что, несмотря на значительное усовершенствование методов диагностики, инвагинация остается серьезной проблемой в педиатрии и требует от врача максимального внимания, наблюдательности и грамотного анализа всех клинико-лабораторных показателей для своевременной диагностики и оказания квалифицированной медицинской помощи детям в случае ее развития.