

# ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ У ДІТЕЙ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Дралова О.А.

Науковий керівник: проф. Усачова О.В.  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра дитячих інфекційних хвороб

Токсокароз – захворювання, яке вражає частіше дитяче населення та не має патогномонічних клінічних ознак. Серед клінічних проявів токсокарозої інвазії превалює ураження дихальної системи. Етіотропна терапія токсокарозу має суперечливі погляди багатьох науковців, це стосується, насамперед, тривалості лікування та кількості проведених курсів.

**Мета дослідження.** Проаналізувати особливості застосування етіотропної терапії токсокарозої інвазії у дітей з захворюваннями дихальної системи.

**Матеріали та методи.** Під нашим спостереженням були 30 дітей з ураженням дихальної системи на тлі токсокарозою інвазією. Серед клінічних проявів ураження дихальної системи на момент обстеження були: обструктивний бронхіт (60%), бронхіальна астма (20%), пневмонія (10%) та ларинготрахеїт (10%). Всі вони отримували етіотропне лікування препаратами альбендазолу у дозі 10 мг/кг протягом 10 днів та патогенетичну терапію.

**Результати.** За час спостереження за дітьми з ураженням дихальної системи на тлі токсокарозої інвазії при проведенні специфічної терапії нами були відмічені певні особливості. У 40% пацієнтів вже після першого курсу альбендазолу відмічалась позитивна динаміка, а саме зменшення проявів ураження дихальної системи. При цьому, кашель зберігався протягом місяця та мало місце покращення загального стану і нормалізація показників загального аналізу крові. Проте, у 60% дітей зберігався вологий кашель, прояви астено-вегетативного синдрому, зміни з боку периферичної крові, що потребувало повторного призначення курсу етіотропної терапії.

**Висновки.** Застосування етіотропної терапії у дітей з ураженням дихальної системи на тлі токсокарозої інвазії потребує індивідуального підходу до кожного пацієнта з урахуванням не тільки клінічних проявів, але і лабораторних змін з боку периферичної крові.

## КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ КО-ІНФЕКЦІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ/ВІЛ У ДІТЕЙ

Друзенко О.С.

Науковий керівник: доц. Разнатовська О.М.  
Запорізький державний медичний університет  
Кафедра фтизіатрії та пульмонології

**Мета дослідження:** вивчити клінічні прояви ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ у дітей.

**Матеріали та методи.** Вивчення клінічних проявів ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ у дітей проводили шляхом аналізу 10 історій хвороб пацієнтів, які знаходились на лікуванні у дитячому відділенні Комунальної установи «Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер» (ЗОПТКД). Всім дітям, які були включені у дослідження, проводилося комплексне обстеження, яке включало клініко-рентгенологічне обстеження, дослідження мокротиння на наявність мікобактерій туберкульозу (МБТ). Результати дослідження оброблені сучасними методами аналізу на персональному комп'ютері з використанням статистичного пакету ліцензійної програми («Statistica 6.0» (Stat Soft Inc., № AXXR712 D833214FAN5).

**Отримані результати.** При розподілі дітей за віком встановлено, що до 1-го року була 1 дитина (10%), 5-9 років – 6 (60%), 10-14 років – 3 (30%). Дітей у віковій категорії 1-4 роки не було. Достовірно переважали діти вікової категорії 5-9 років ( $p < 0,05$ ) у порівнянні з категоріями до року та 10-14 років.

Переважаюча частина цих дітей (70%;  $p < 0,05$ ) мали ВІЛ-статус з народження. Троє дітей, які були виявлені пізніше, отримали вакцину БЦЖ та були ревакциновані. Діти мали помітний шкірний знак на місці введення вакцини БЦЖ, що говорило про відповідь імунітету на її введення. Контакти з хворими на туберкульоз були встановлені у 50% випадків, який мав сімейний характер. При постановці проби Манту, у 50% випадків встановлена негативна реакція, у інших зареєстровані віражі туберкулінових проб з подальшою негативацією проби. У 60% випадків проведена проба з алергеном туберкульозним рекомбінантним (АТР), результат якої був у 40% негативним.

Серед клінічних форм туберкульозу переважав специфічний внутрішньогрудний бронхоаденіт (60%). У 1 дитини діагностувався вогнищевий процес, у 2-х – інфільтративний та у 1 – дисемінований з деструкціями. Скарги частіше були інтоксикаційного характеру (підвищення температури тіла до

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