

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.