

Распределение по частоте клинических форм следующее: ульцерогландулярная – 60%; ангинозно-гландулярная – 20%; glandулярная – 20%.

Специфическая антибактериальная терапия проводилась доксициклином, ципрофлоксацином. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Выводы. В описанных случаях основной механизм передачи инфекции трансмиссивный: через кожные покровы при укусе клещей и других насекомых. В случае клинической картины с острым началом заболевания, повышением температуры до высоких цифр, слабостью, потливостью, головной болью, миалгией в сочетании с лимфаденитом, гепатоспленомегалией и указанием на укусы насекомых в анамнезе – повод для обследования на туляремию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Суркунов V.M., Yakusevich T.V. Return of tularemia... What's next? Medicinskiy vestnik. 2022;50:4–6. (in Russian)
2. Туляремия-Инфекционные болезни [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/ru>. – Дата доступа: 09.03.2024

ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИЕ ОЖОГИ КОЖИ У ДЕТЕЙ: 10 ЛЕТНИЙ ОПЫТ

Афанасенко Е. В., Гнедова А. В.

УО "Гродненский государственный медицинский университет"

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Глуткин А. В.

Актуальность. Электротравма занимает одно из ведущих мест в структуре детского травматизма. За последние 10 лет удельный вес электротермических ожогов вырос с 2,7% до 8%. Дети периода раннего детства и дошкольного возраста получают электротравму в домашних условиях при прямом контакте с проводником тока. Школьники и подростки электротравму получают при воздействии переменного или постоянного высоковольтного электричества при проникновении на электроподстанции [1].

Цель. Изучить структуру и тактику лечения электротермических ожогов кожи у детей.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 35 историй болезни пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» в период с 2014 по 2023 годы.

Результаты и их обсуждение. Электротермические ожоги чаще встречались среди мальчиков (23 пациента – 65,7%), чем среди девочек (12 пациентов – 34,3%). Возрастная структура была следующей: до 1 года – 5 пациентов (14,3%), от 1 до 3 лет – 12 (34,3%), от 4 до 8 лет – 9 (25,7%), от 9 до 14 лет – 5 (14,3%), старше 14 лет – 4 (11,4%). Время от получения электротравмы до обращения за медицинской помощью: до 1 часа – 23 пациента (65,7%), 1-3 часа – 9 (25,7%), 1 сутки – 2 (5,7%), 7 суток – 1 (2,9%). Летом травматическое поражение получило 12 пациентов (34,3%), осенью – 9 (25,7%), зимой – 9 (25,7%), весной – 5 (14,3%).

Основными причинами электроожогов были введение металлического предмета (шпилька, гвоздь, металлический прут) в розетку 220 В – 17 пациентов (48,6%), соприкосновение с оголенными проводами – 15 (42,9%), соприкосновение с цоколем лампочки – 2 (5,7%), травма в трансформаторной подстанции 380 В – 1 (2,8%).

Всем обратившимся за медицинской помощью была выполнена электрокардиография. Нормальная ЭКГ была у 22 пациентов (62,8%), снижения вольтажа – 4 (11,4%), укорочение интервала PQ – 3 (8,6%), атриовентрикулярная блокада – 2 (5,7%), неполная блокада правой ножки пучка Гиса – 2 (5,7%), тахикардия – 1 (2,9%), брадикардия и предсердный ритм – 1 (2,9%).

Поражение затрагивало одну анатомическую область у 25 пациентов (71,4%): правая кисть – 16 детей (64%), левая кисть – 7 (28%), левая голень – 1 (4%), голова – 1 (4%). Также отмечалось поражение с захватом нескольких анатомических областей у 10 пациентов (28,6%): обе кисти – 9 (90%), левая кисть, правое бедро и голень – 1 человек (10%).

У большинства пациентов использовалась консервативное лечение. Применялись влажно-высыхающие повязки с растворами антисептиков, крема основе 1% сульфадиазина серебра или 2% крема сульфатиазола серебра, также мазевые формы на основе повидон-йода и хлорамфеникола.

У 4 пациентов (11,4%) консервативное лечение было дополнено оперативным вмешательством; 2 пациентам выполнялась ранняя некрэктомия, при этом одному была дополнена одномоментной кожной пластикой, другому отсроченной кожной пластикой: итальянская пластика и аутодермопластика свободным расщепленным кожным лоскутом толщиной 0,4 мм. Одному ребенку выполнялась частичная резекция дистальной фаланги с пластикой культи местными тканями, 1 – наложение первичных швов на рану.

Выводы.

1. Электроожоги наиболее часто получали дети до 3-х лет (48,6% случаев), у мальчиков встречаются в 3 раза чаще, чем у девочек и преимущественно в летнее время года.

2. Наиболее частой причиной (97,2%) получения электротравмы является контакт с бытовым током. 3. Основной областью повреждения являлись кисти рук (91,4%), в 11,4% случаев потребовалось оперативное лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туляганов, Д. Б. Особенности течения электротермических поражений у пострадавших детского возраста / Д. Б. Туляганов, А. Д. Фаязов, У. Р. Камилов, А. А. Набиев, А. А. Халилов // Вестник экстренной медицины. – 2019. – XII (5). – С. 41 – 45.

СИГНАЛЬНЫЕ ПУТИ ЭКЗО-МИКРОРНК (МИРНК) В ПАТОГЕНЕЗЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛЬТА: АКЦЕНТ НА МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТКАХ (МСК)

Ахмаджонов С. Х.

Ташкентская Медицинская Академия

Актуальность. Основным фактором долгосрочных нарушений является инсульт. У пациентов с персистирующим инсультом и тяжелыми функциональными нарушениями выбор терапии ограничен. Длинные некодирующие РНК (днРНК) могут способствовать регуляции патофизиологических процессов ишемического инсульта, о чем свидетельствует измененная экспрессия днРНК и микроРНК (миРНК) в образцах крови пациентов с острым ишемическим инсультом [1]. Потенциал использования мезенхимальных стволовых клеток (МСК) для лечения различных заболеваний человека, включая восстановление после инсульта, значителен [2,3]. Некоторые из качеств, которые делают МСК особенно привлекательными в качестве терапевтических кандидатов – это иммунный привилегированный статус, доступность из множества потенциальных источников, присущая им мультипотентность и способность стимулировать восстановление через многочисленные каналы одновременно, включая иммунорегуляцию, нейрогенез и ангиогенез [4,5].

Цель. Облегчить симптомы инсульта, болеющих персистирующим и с острым ишемическим инсультом изучая возможности Мезенхимальных стволовых клеток

Методы исследования. Анализ экспрессии генов; эксперименты на животных; культивирование и дифференциация МСК; анализ неврологических функций; изучение результатов исследования на клеточном уровне.

Результаты и их обсуждение. По результатам исследований было выявлено, что мультипотентные мезенхимальные стволовые клетки (МСК) усиливают нейрогенез и ангиогенез, ослабляют нейровоспаление и повышают пластичность мозга, улучшая функциональное восстановление в экспериментальных моделях инсульта. МСК можно получить из различных источников, таких как костный мозг, жировая ткань и периферическая кровь.