

м'який, безболісний. Печінка + 2,0 см нижче края реберної дуги. Пацієнт отримувал пропранолол в дозі 3 мг/кг/д. На третій день після лікування відмічалось посвітлішання поверхні гемангіоми. Дитина спостерігається в кардіологічному центрі КНП ХОР ОДКЛІ

Висновок. Дія пропранолола може утримувати ріст судистих гіперплазій. Виникнення раннього ефекту (посвітлішання поверхні гемангіоми після початку терапії) відбувається через 3 дні після початку лікування.

СТЕНОЗ ПРАВОЇ КОРОНАРНОЇ АРТЕРІЇ У ПІДЛІТКА (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Шматченко Н.О., Кучеренко К.Р.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Гончарь М. О.

Актуальність проблеми. Стеноз правої коронарної артерії відноситься до аномалії коронарних артерій які зустрічаються у 0,17-0,64 %. При наявності аномалій коронарних артерій важливо вчасно встановити діагноз, тому що є загроза розвитку раптової серцевої смерті.

Мета роботи. Встановити особливості діагностики стенозу правої коронарної артерії на основі аналізу клінічного спостереження.

Матеріали та методи. Наводимо клінічне спостереження хлопчика О., 15р., госпіталізованого до КНП ХОР Обласна дитяча клінічна лікарня у інфекційно-боксоване відділення зі скаргами на гіпертермію, блювоту та короткочасну втрату свідомості, що розвинулась вперше.

Результати дослідження. З анамнезу життя відомо, що хлопець займається спортом, відвідує тренажерний зал 2-3 рази на тиждень. Загальний стан середнього ступеню тяжкості. Тілобудова правильна, нормостенічна. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки блідо-рожевого кольору, вільні від висипу. Очагової неврологічної симптоматики немає. Менінгеальні ознаки негативні. Хода не порушена. Лімфатичні вузли не збільшені, при пальпації безболісні. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються. Тони серця приглушені, брадикардія, ЧСС 50 уд/хв., шуми не вислуховуються. Живіт м'який, безболісний в усіх відділах. Печінка не збільшена. Селезінка не пальпується.

Встановлено діагноз: Гострий гастроентерит, середнього ступеня тяжкості.

Дані обстеження: Клінічний аналіз крові помірний лейкоцитоз 9.8×10^9 , ШОЕ 6 мм/год. Рентгенографія ОГП: Серце мітральної форми, талія згладжена за рахунок II дуги, в розмірах не збільшено. Глюкоза крові 5,2 ммоль/л.

ДЕХОКГ: УЗД порожнини шлуночків в межах вікової норми. Задня стінка лівого шлуночку помірно гіпертрофована (12,5 мм). Міжшлуночкова перетинка 11,1 мм. Гіпертрофія папілярних м'язів. Фракція викиду лівого шлуночку збережена (71%). Систолична та діастолічна функція лівого шлуночку не порушені.

ЕКГ: Реєструється виражена брадикардія, ЧСС 43 уд/хв. Вольтаж збережено.

На ЕКГ відмічається виражена гіпертрофія лівого шлуночку – глибокі зубці S в відведеннях V2, та високі зубці R в відведеннях V4-V6, сума зубців RV6-SV2=50 мм. RV5-RV6 >RV4. Широки зубці P в II відведенні P=0,13 сек., що свідчить на користь дилатації лівого передсердя. Початок сегменту ST від точки J вище ізолінії на 5 мм в V2 свідчить про ЕКГ- синдром ранньої реполяризації, правий тип. Виражене порушення реполяризації на ЕКГ відмічається у вигляді глибоких гігантських негативних зубців T, за типом T «коронарних» у відведеннях V3-V6.

Отримував лікування з приводу гострого гастроентериту: інфулган, цефтріаксон, метоклопрамід. Після покращення стану дитина переведена до ІЗНХ ім. Зайцева для проведення КТ судин серця з контрастом. В результаті проведеного дослідження встановлено діагноз: Стеноз правої коронарної артерії. Подальше спостереження і лікування дитячого кардіолога, консультація кардіохірурга через 1 місяць, з вирішенням питання стосовно кардіохірургічної корекції.

Висновок. Особливістю даного спостереження є те що, встановлений діагноз стеноз правої коронарної артерії є рідкісним. У хворого спостерігалась втрата свідомості, після чого було проведено обстеження та вчасно встановлений діагноз для подальшого спостереження та вирішення тактики лікування.

ОЦІНКА ЗНАЧУЩОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ТЕСТІВ ПРИ ДІАГНОСТИЦІ ІМУННОЇ ТРОМБОЦИТОПЕНІЇ У ДІТЕЙ

Ярцева М. О.

Запорізький державний медичний університет, Запоріжжя

Імунна тромбоцитопенічна пурпура (ІТП) відноситься до набутих імунних тромбоцитопеній, що характеризується ізольованим зменшенням кількості тромбоцитів периферичної крові нижче 100 тисяч/л за відсутності інших причин або захворювань, що можуть викликати тромбоцитопенію. Всі імунні тромбоцитопенії поділяють на первинні та вторинні (обумовлені основним захворюванням або дією лікарських препаратів). Відмінності