

потребують розробки напрямки прогнозування, діагностики, профілактики та корекції для попередження розвитку хронічної гастроентерологічної патології в майбутньому.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ СИНДРОМУ ЯТАГАНА У ДІТЕЙ

Душейко С.О.

Науковий керівник: проф. Сенаторова Г.С.

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

Актуальність проблеми. Синдром «ятагана» - це рідкісна вроджена вада розвитку з частотою народження 2 на 100 000 новонароджених. Полягає в частковому або повному аномальному дренажі легеневих вен правої легені в нижню порожнисту вену. За даними літератури, типову ознаку синдрому «ятагана» можна виявити на рентгенограмах лише у 1/3 хворих. Тільки комплексна променева діагностика з включенням мультиспіральної комп'ютерної томографічної ангіографії (МСКТ-ангіографії) дозволяє діагностувати синдром «ятагана», визначити всі його компоненти, уточнити анатомічні особливості та визначити обсяг та тактику подальшого кардіохірургічного втручання.

Мета роботи. Узагальнення клінічного матеріалу та даних методів діагностики дітей з синдромом Ятагана для вибору оптимальної методики з мінімізацією променевого навантаження на пацієнта.

Матеріали та методи. В ході дослідження було обстежено 47 дітей з аномальним дренажем легеневих вен, в декількох з них було діагностовано синдром Ятагана. МСКТ-ангіографія проводилась з в/в болюсним введенням контрастної рідини 1/2 кг ваги.

Наводимо клінічне спостереження 8-місячної В., госпіталізованої до ОДКЛ у відділення реанімації.

Результати. Стан дитини при надходженні до ОДКЛ вкрай важкий, за рахунок високої легеневої гіпертензії (Ср. тиск ЛА=30,0 мм.рт.ст.) і десатурації.

При аналізі рентгенограм грудної клітки: ознаки гіпоплазії правої легені, типова для вади картина патологічної судини в медіальних відділах правої легені.

За даними МСКТ-ангіографії у всіх обстежених хворих було виявлено ваду розвитку правої легені, що проявлялася: гіпоплазією, внутрішньолегеневою секвестрацією, однодолевою і дводолевою будовою легені. Дані томографії були підтверджені бронхоскопічним дослідженням.

У всіх пацієнтів при томографії було виявлено колатеральні судини від черевного відділу аорти: аорто-легеневі колатералі, при тому що на ЕХО-КГ вади можна було упустити.

Діагностика існуючих вроджених вад серця здійснювалась під час ЕХО-кг, МСКТ-АГ, зондування порожнин серця.

Усі пацієнти підлягають оперативним втручанням.

Загальний висновок. Методично правильно виконана МСКТ-АГ, дозволяє візуалізувати як легеневу тканину, бронхолегеневі структури, так і патологію судин і серця, що відповідає сучасним вимогам кардіохірургії і пульмонології при виборі оптимальної тактики хірургічного втручання при діагнозі синдром Ятагана, а також дозволяє пацієнтові уникнути інвазивних методик і невиправданого променевого навантаження.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Іваніщенко К.І.

Науковий керівник: асп. Михайлова О. В

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Актуальність проблеми. Незважаючи на те, що перші спроби реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) почалися ще в 1860 році Вільямом Літлом [3, с. 14], питання ефективності реабілітаційних методик для покращення стану дітей з ДЦП залишаються дискусійними. За сучасною термінологією, дитячі церебральні паралічі - група моторних і психомовних непрогресуючих синдромів, які є наслідком пошкодження мозку у внутріутробному, інтранатальному і ранньому неонатальному періодах [1]. Згідно з офіційною статистикою, у 2011 р. близько 166 тис. дітей мали статус дитини-інваліда, при чому інвалідність 19,2% дітей була пов'язана з патологіями нервової системи. Однією з провідних патологій нервової системи був саме дитячий церебральний параліч, адже поширення ДЦП в Україні у 2011 р. становило 2,56 випадка на 1000 дітей [2].

З метою аналізу ефективності існуючих реабілітаційних методик для дітей з ДЦП наводимо клінічне спостереження дитини К., яка проходила лікування в Міжнародній реабілітаційній клініці Козявкіна.

Результати дослідження. З анамнезу життя та захворювання встановлено: дитина від 3 вагітності, ускладненою загрозою переривання в 1 триместрі, 1-х передчасних пологів при терміні гестації 34 тижні, з акушерською допомогою пологів, в гіпоксії, з двійні другою,