



судинної системи (ССС) – 40%. В анамнезі діти переносили часті гострі інфекційні захворювання, перше місце зайняли ГРЗ (42%). Укорочений інтервал PQ в 48% випадків реєструвався на тлі вегетативної дисфункції (СВД), малі аномалії розвитку серця (МАРС) 46%, прояви дисплазії сполучної тканини (ДСТ) спостерігалися у 40 дітей (80%) з них: сколіоз, плоскостопість, кили, порушення акомодатції зору

У більшості випадків укорочення інтервалу PQ було встановлене в молодшому шкільному віці (56%). Скарги у пацієнтів носили загальний характер (кардіалгії, почуття серцебиття, запаморочення, стомлюваність) і не могли бути віднесені до специфічних.

За даними ехокардіографії: МАРС зустрічалися в 52% випадків: пролапс мітрального клапана (ПМК) – 32, додаткова хорда лівого шлуночку (ДХЛШ) – 19, ПМК + ДХЛЖ – 8, гемо динамічно не значиме функціонує овальне вікно (ФОО).

При аналізі ЕКГ були виявлені наступні порушення ритму і провідності: аритмії обумовлені порушенням автоматизму синусового вузла (СУ) – 38%, ектопічних ритмів – 24%. Серед аритмій, (25 дітей), переважала синусова аритмія, синдром слабкості синусового вузла, який відноситься до загрозливого для життя порушення ритму. Серед порушень провідності переважала неповна блокада правої ніжки пучка Гіса (72%), 14 дітей (16%) виявлені ектопічні ритми: екстрасистоли (ЭС) – 48%.

Отже, найчастіше феномен і синдром укороченого інтервалу PQ виявлявся у пацієнтів з (СВД), МАРС та дисплазією сполучної тканини. У більшості випадків укорочений інтервал PQ визначався у вигляді ЕКГ-знахідки. Для попередження розвитку складних, значимих порушень ритму в дитячому та підлітковому віці у пацієнтів з укороченим інтервалом PQ необхідні ретельний лікарський нагляд і динамічний електрокардіографічний контроль за даною групою дітей.

**Юрків О. І.**

### **КЛІНІКО-ПАРАКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ПОРУШЕНЬ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ГЕПАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ПРИ ПЕРИНАТАЛЬНІЙ ПАТОЛОГІЇ**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Наявність гіпоксичного впливу в перинатальному періоді має несприятливий вплив на адаптацію організму новонародженого. На фоні гіпоксії у плода вже внутрішньоутробно виникають значні дисметаболичні зміни, що є наслідком порушень функції печінки. Недостатність надходження кисню до організму плода на фоні плацентарної недостатності спричиняє активацію анаеробного гліколізу, порушення утилізації АТФ, гальмування ліполізу, розвиток гіпоглікемії, гіпоінсулінемії та гіперглюкагонемії. При реалізації факторів перинатального ризику в пологах відзначається посилена пошкоджуюча дія на організм наслідків оксидативного стресу (ОС).

Метою дослідження було визначити клінічні прояви та параклінічні критерії порушень функціонального стану гепатобіліарної системи у дітей на основі комплексного клініко-параклінічного обстеження для удосконалення напрямків діагностики та лікування новонароджених груп перинатального ризику. Було сформовано три групи дослідження: I група - 25 новонароджених, у яких були діагностовані нозологічні форми захворювань тяжкого ступеня, II група - 25 дітей, які в ранньому неонатальному періоді мали клінічні прояви перинатальної патології середнього ступеня тяжкості. III групу склали 30 здорових новонароджених дітей.

Порушення функціонального стану гепатобіліарної системи у новонароджених в ранньому неонатальному періоді є наслідком комплексної шкідливої дії факторів перинатального ризику. Значну роль при цьому відіграє плацентарна недостатність (ПН), яка викликає поєднане гіпоксичне пошкодження організму плода та спричиняє затримку внутрішньоутробного розвитку.



Важкість стану новонароджених I групи дослідження у 9 випадках була зумовлена гострою асфіксією, у 7 дітей - СДР; клінічні прояви антенатального інфікування мали місце у 5 випадках, у 4 випадках була діагностована гемолітична хвороба новонароджених. Порушення адаптації у дітей II групи у всіх випадках були спричинені неонатальною енцефалопатією. Відмінність клінічних проявів патології гепатобіліарної системи в групах спостереження характеризувалася тим, що у дітей I групи вірогідно частіше порівняно з новонародженими II групи, відмічалися такі симптоми, як збільшення розмірів печінки, жовтяниця, набряки, анемія та гіпоглікемія.

Значне місце у діагностиці ступеня тяжкості порушень функціонального стану печінки та жовчовивідних шляхів має визначення біохімічних показників крові. Порівняння характеру дисметаболических змін у новонароджених груп спостереження свідчить, що зростання тяжкості стану супроводжується більш глибокими гомеостатичними розладами у I та II групі порівняно з III групою, що підтверджується низьким рівнем загального та альбумін, високим рівнем загального білірубину за рахунок непрямой фракції, а також значним підвищенням активності ГГТ. Крім змін кількісного складу та активності біохімічних показників крові, нами відмічені суттєві відмінності кореляційних зв'язків у групах спостереження, що свідчить за значну напругу печінки при виконанні своїх функцій для збереження гомеостазу та пристосування організму після народження за умов перинатальної патології.

Переважаання катаболічних процесів над анаболічними в перші доби життя потребує у таких дітей проведення своєчасної метаболічної корекції, незважаючи на наявність певного рівня клінічної адаптації, оскільки морфо-функціональна незрілість зумовлює зниження резервних можливостей організму, що призводить до порушень термінової та довготривалої адаптації.

#### **СЕКЦІЯ 14** **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ, АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Akentieva S.O.**

##### **PLASMOSORPTION INFLUENCE ON BILIRUBIN DYNAMICS AND ITS FRACTIONS IN THE TREATMENT OF HEPATIC FAILURE SYNDROME**

*Department of anesthesiology and resuscitation  
Higher State Educational Establishment of Ukraine  
«Bukovinian State Medical University»*

The aim is to determine the dynamics of bilirubinemia and its fractions in plasmosorption (PS) in patients with severe hepatic failure.

PS (21 seances) was performed in 12 patients: men - 5, women - 7. By age the patients were distributed in the following way: up to 30 years - 2 patients, up to 40 years - 3 patients, up to 50 years - 5 patients, up to 60 years - 1 patient and over 60 years - 1 patient. PS method was tested in both acute and chronic hepatic failure. Nosological forms, in which PS was used, are: cirrhosis of the liver, viral hepatitis, toxic hepatitis, purulent cholangitis, hepatosis, indurative pancreatitis, acute calculous cholecystitis, mechanical jaundice, caused by the head pancreas cancer. PS seances were conducted in the first 1-2 days of the patient's admission to the intensive care unit (RCH, Chernivtsi). In patients who had to be operated, PS was carried out in the postoperative period. PS seances were conducted in a routine intermittent (fractional) manner. Up to 1200 ml of plasma was purified and returned to the body during one seance. On average, 1 patient had 2 seances of PS. Criteria for inclusion: the presence of clinically and laboratory isolated hepatic failure of the serious course. Criteria for exclusion: combination of hepatic failure with renal impairment, fulminant forms of the clinical course, terminal conditions, liver shock. The comparison group included 10 patients with similar nosologies who had plasmapheresis (PF). Criteria for repeated PS seances: ineffectiveness of 1 PS seance - preservation of the patient's previous condition and blood metabolites. Basic therapy: infusion therapy (glucose, albumin, etc.), diuretics, antibiotics, vitamins,