

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**100 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**11, 13, 18 лютого 2019 року**

**(присвячена 75 - річчю БДМУ)**

**Чернівці – 2019**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м. Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2019. – 544 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 100 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», присвяченої 75-річчю БДМУ (м.Чернівці, 11, 13, 18 лютого 2019 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Івашук О.І., доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:  
професор Братенко М.К.  
професор Булик Р.Є.  
професор Гринчук Ф.В.  
професор Давиденко І.С.  
професор Дейнека С.Є.  
професор Денисенко О.І.  
професор Заморський І.І.  
професор Колоскова О.К.  
професор Коновчук В.М.  
професор Пенішкевич Я.І.  
професор Сидорчук Л.П.  
професор Слободян О.М.  
професор Ткачук С.С.  
професор Тодоріко Л.Д.  
професор Юзько О.М.  
д.мед.н. Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-543-3

© Буковинський державний медичний  
університет, 2019



У пацієнтів груп спостереження оцінка ступеня тяжкості стану при поступленні була дещо вищою у I групі та склала 87,2% проти 75,0 % у II групі. Всі діти груп спостереження мали вигляд “хворої” дитини та поганий апетит. Серед клінічних проявів симптомів тяжкості стану у I клінічній групі переважали порушення гемодинаміки, показники якої сягали 90,9±5,0% проти 61,6±8,1% (Pф<0,05 ); симптом підвищеної нервово-рефлекторної збудливості (36,3±8,3% - 8,3±4,6%, Pt <0,01); судоми (45,4±8,6% - 16,6±6,2%, Pt <0,05 ); геморагічний синдром (27,2±7,7% - 8,3±4,6%, Pt <0,05 ); дихальні порушення (84,8±6,2% - 52,1±8,3%, Pф <0,05). Діагностична цінність клінічних показників тяжкості стану у диференціації поліорганної недостатності показала, що найбільш значущими клінічними критеріями розвитку постасфіктичного синдрому були порушення гемодинаміки з олігоанурією (пропорційність шансів 6,3 (95%DI 2,9 – 14,0); наявність дихальних порушень (пропорційність шансів 5,1 (95%DI 2,6 – 10,0) та вказівки на наявність ШВЛ на етапі пологового будинку (пропорційність шансів 9,5 (95%DI 4,7 – 19,1).

**Крецу Н.М.**

### **ОЦІНКА СТАНУ КАРДІОВАСКУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ У ПОМЕРЛИХ З НЕОНАТАЛЬНИМ СЕПСИСОМ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, проблема неонатального сепсису й надалі займає одне з провідних місць у неонатальній практиці. Це пов'язане зі значним поширенням даного загрозливого життю захворювання, неспецифічністю ранніх клінічних проявів та високою деталістністю. Актуальною метою сучасної неонатології залишається пошук та удосконалення діагностики та лікування сепсису у новонароджених, а особливо його ускладнень. Тому, метою нашого дослідження стало вивчення кардіоваскулярних порушень у немовлят із сепсисом, які померли у період з 2013 по 2017 рр.

Для реалізації мети ретроспективно проаналізовано 13 історій хвороб новонароджених, які лікувались та померли у відділенні інтенсивної терапії новонароджених Обласної дитячої клінічної лікарні м. Чернівці. За статтю обстежена когорта розподілялась наступним чином: частка новонароджених хлопчиків становила 76,9% (10 немовлят), а дівчат -23,1% (3 дітей). Залежно від показників фізичного розвитку при народженні розподіл пацієнтів був наступним: частка дітей з вагою менше 1000 г була найбільшою і становила 46,2%, новонароджених із вагою від 1000 до 1499 г – 15,4%, 1500-1999 г – 23%, новонароджених із вагою від 2000 до 2499 г не було, і частка немовлят із вагою більше 2500 г становила 15,4%. Аналіз термінів гестації, померлих від сепсису немовлят показав, що частка доношених дітей становила менше – 15,4%, а недоношених немовлят було 11(84,6%).

Слід відмітити, що в усіх новонароджених, незалежно від терміну гестації та маси тіла, відмічались ознаки кардіоваскулярних порушень. Оцінюючи результати інструментальних методів обстеження, відмічено наступне: показник фракції викиду та фракції укорочення при ЕхоКГ становили відповідно (73,9 ±1,92;95% ДІ=69,5-78,3)% та (38,9±2,14;95% ДІ=34,0-43,7)%, у 12 немовлят (92,3%) на ЕКГ спостерігались ознаки порушення реполяризації міокарда, у 5 (41,6%) констатувалось перевантаження відділів серця. На підставі оцінки основних показників гемодинаміки, на момент критичного погіршення стану, можна констатувати наявність брадикардії (85,1±6,53;95% ДІ=70,9-99,4) ударів за хвилину, артеріальної гіпотензії (26,84±2,21;95% ДІ=22,0-31,7) мм.рт.ст., зниження сатурації за даними пульсоксиметрії (66,3±5,65; 95% ДІ=53,9-78,6) %, симптом «білої плями» у 10 (76,9%) немовлят характеризувався тривалістю більше 4 секунд. Усі новонароджені потребували інотропної підтримки: на добутаміновій дотації знаходились всі діти, а на допаміновій – 8 (61,5%). Звертає увагу те, що у 5 (38,5%) новонароджених відмічались ознаки рефрактерної гіпотензії, а 11 немовлятам (84,6%) під час купування артеріальної



гіпотензії проводилось навантаження об'ємом, 4 дітям (30,8%) вводили адреналін та 4 новонародженим (30,8%) – глюкокортикостероїди (Солу-Кортеф).

Таким чином, проаналізувавши історії хвороб померлих з неонатальним сепсисом, відмічено наступне: серед когорти обстежуваних немовлят переважали хлопчики 76,9%, частка новонароджених з вагою менше 1000 г була найбільшою і становила 46,2 %, серед померлих переважали недоношені діти (84,6%). Також відмічено, що в усіх новонароджених спостерігались ознаки кардіоваскулярних порушень, які констатувались, як клінічно, так і інструментально. І тому, наразі є актуальним вивчення клініко-патофізіологічних аспектів кардіоваскулярних порушень при даній нозології. А діагностика ранніх ознак формування кардіоваскулярних ускладнень при неонатальному сепсисі потребує вдосконалення.

**Ластівка І.В.**

## **КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ СПАДКОВОГО СИНДРОМУ У ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Синдром Едвардса (СЕ) – рідкісне спадкове захворювання, причиною якого є трисомія 18 хромосоми. Поширеність СЕ за літературними даними складає приблизно 1:2500-5000 дітей. За період 2004-2015 р. в Чернівецькій області народилося 8 (6 хлопців та 2 дівчини) дітей із СЕ, що становило 1:15112 немовлят і може свідчити про недостатню діагностику цього синдрому. До методів діагностики СЕ відносяться: пренатальні методи діагностики (УЗД плоду та доплерографія матково-плацентарного кровообігу, аналіз крові на сироваткові маркери, інвазивна допологова діагностика з наступним каріотипуванням плоду) та цитогенетичне обстеження дитини. У зв'язку із множинними уродженими вадами розвитку (МУВР), діагностика СЕ є складною, а прогноз захворювання несприятливим.

Метою та завданням дослідження роботи було продемонструвати поліморфізм клінічного перебігу СЕ у чотирьох дітей з Чернівецької області.

Використано карти медико-генетичного обстеження дитини із уродженою вадою розвитку (УВР) (ф.149/0), медичні карти стаціонарного хворого (ф.003/о), протокол патологоанатомічного дослідження (ф.№4 013-2/о).

Підозра на СЕ виникала у дітей із низькою вагою при народженні, флексорним положенням другого та п'ятого пальця кисті, доліхоцефалією, мікрофтальмією та уродженими вадами розвитку (УВР) внутрішніх органів та серця. Диференційну діагностику проводили залежно від наявності асоційованих фенотипових ознак.

Дитина Т., 2012 р.н. Диференційна діагностика проводилася з TAR синдромом (тромбоцитопенія та гіпоплазія променевих кісток). Клінічний діагноз: Синдром Едвардса. МУВР: Уроджена вада серця (УВС): повна атрію-вентрикулярна комунікація, відкрита артеріальна протока (ВАП); УВР опорно-рухової системи: двобічна променева косорукість. Недоношеність 35 тиж.

Дитина Б., 2012 р.н. Диференційна діагностика проводилася з синдромом Корнелії де Ланге. Клінічний діагноз: Синдром Едвардса. МУВР: УВР опорно-рухової системи; УВС, виражений стеноз легеневої артерії, ВАП; Атрезія хоан; УВР сечових шляхів, гідронефроз лівої нирки III ст.

Дитина Р., 2015 р.н. Диференційний діагноз проводився з геміфаціальною мікросомією (зменшення в розмірах половини обличчя, неврологічна симптоматика). Клінічний діагноз: синдром Едвардса. УВС: множинні дефекти міжшлуночкової перетинки, вроджена патологія мітрального та трикуспідального клапану. НКІБ. Парез лицевого нерва.

В усіх випадках діагноз верифікований цитогенетично. Отже, пренатальні методи діагностики а також цитогенетичне обстеження недоношених дітей із МУВР є важливими методами ранньої діагностики СЕ з метою визначення клінічного прогнозу та вибору оптимальної тактики ведення хворого. Оскільки аномалії розвитку при СЕ несумісні із життям, хірургічна корекція їх, як правило, є ризикованою та невиправданою, лікувальна