

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції  
з міжнародною участю  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,  
які проводитимуться у 2023 році №5500074

**Чернівці – 2023**

доводять, що в умовах сьогодення медичні сестри потребують психологічного супроводу та розробки профілактичних заходів щодо професійного вигорання та зниження рівня тривожності.

**Висновки.** Використання госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) може слугувати ефективним засобом оцінки психо-емоційного стану медичного персоналу, особливо в умовах пандемії COVID-19. Рівень депресії та тривоги був вірогідно вищим у медичних сестер педіатричних відділень неінфекційного профілю. Ризик виразнішої тривоги та депресії (понад 14 балів) серед медичних сестер неінфекційних відділень педіатричного профілю порівняно їх колеґ, що працюють в інфекційних відділеннях, зростав у 3,06 рази, а співвідношення шансів у 7,31 разів.

**Іванова Л.А.**

## **РЕЦИДИВУЮЧИЙ БАКТЕРІАЛЬНИЙ МЕНІНГІТ У ДИТИНИ ЯК ПРОЯВ ВРОДЖЕНОЇ ВАДИ РОЗВИТКУ МОЗКУ (клінічний випадок)**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб  
Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Згідно з підрахунками ВООЗ, щорічно у світі від бактеріального менінгіту помирає близько 171 тис. людей. У 60–70 % дітей формуються стійкі наслідки перенесеної нейроінфекції, більшість з яких призводить до стійкої інвалідизації. В Україні щорічно на гнійні менінгіти хворіють від 800 до 1200 дітей, летальність при цьому становить 4–15 %. Рецидивуючий менінгіт у дітей є рідкісним станом. Однак його раннє розпізнавання важливо для запобігання серйозних ускладнень.

**Мета дослідження.** Проаналізувати клінічний випадок вродженої вади розвитку мозку у дитини та акцентувати увагу практикуючих лікарів на необхідності ретельного збору анамнезу у пацієнта з рецидивуючим менінгітом, потребу в комплексному обстеженні за участю отоларинголога та нейрохірурга, знання діагностичного алгоритму за наявності ліквореї.

**Матеріал та методи дослідження.** Проаналізовано історію хвороби та ретроспективно розглянуто клінічні характеристики, діагностичні методики та лікування дитини з рецидивуючим бактеріальним менінгітом, госпіталізовану у ОДКЛ м.Чернівці протягом 2021 року.

**Результати дослідження.** Дівчинка О., 8 років звернулася в ОДКЛ м. Чернівці 03.01.2021 року зі скаргами на підвищення температури до 39,2 градусів, судом, сплутаність свідомості, блювоту. Захворіла гостро 01.01.2021 року з підвищення температури та головного болю, за медичною допомогою не зверталась. 03.01.2021 року виникла блювота, судоми, втрата свідомості. Каретою ШМД скерована в ЧОДКЛ. На підставі методів клініко-лабораторного дослідження виставлено діагноз: гострий бактеріальний менінгіт невстановленої етіології, середньо-важкий перебіг. Після проведеного лікування та контрольного дослідження ліквору дитина виписана зі стаціонару в задовільному стані під нагляд невролога, лор-лікаря. 16.03.21 при проведенні комп'ютерна томографія голови діагностовано кисту правого носового ходу та помірні явища двобічного гаймориту. 01.04.2021 - видалення новоутворення правої половини носа (неврилеммома) Впродовж наступних п'яти місяців дитина двічі була госпіталізована в інфекційне відділення ОДКЛ м. Чернівці з приводу гнійного менінгіту. Під час останньої госпіталізації діагностовано вторинний бактеріальний менінгіт, середньо-тяжкий перебіг, носова лікворея. Дитина була скерована в НДСЛ "Охматдит, де була діагностована вроджена вада розвитку – носолобове енцефалоцеле, етмоїдальне менінгоцеле, ускладнене назальною ліквореєю, стан після перенесеного бактеріального менінгіту (01.2021; 06.2021; 11.2021). Дитині проведено кістково-пластичну біфронтальну краніотомію, видалення мозкової кили. Стан хворої на момент виписки задовільний. Виділення з носа відсутні.

**Висновки.** Рецидивуючий бактеріальний менінгіт є рідкісним явищем і, як правило, становить значну діагностичну проблему для клініциста. Структурований підхід та рання діагностика будь-якої основної патології мають вирішальне значення для запобігання повторних епізодів та покращення загального результату для хворого. Наведений клінічний випадок демонструє необхідність ретельного збору анамнезу у пацієнта з рецидивуючим менінгітом, потребу в комплексному обстеженні за участю отоларинголога та нейрохірурга, знання діагностичного алгоритму за наявності ліквореї.

**Колюбакіна Л.В.**

## **КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК НЕЗАВЕРШЕНОГО ОСТЕОГЕНЕЗУ**

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Незавершений остеогенез (НО) відноситься до груп рідкісних фенотипово та генетично гетерогенних спадкових дисплазій сполучної та кісткової тканини, яке характеризується частими переломами та деформацією скелету. На сьогоднішній час відомо, що генетичною основою захворювання є мутації в двадцяти генах, причому в 85-90% випадків НО обумовлені аутосомно-домінантними мутаціями, хоча можливі спонтанні мутації, які виникають в генах COL1A1 та COL1A2, що призводить до кількісних та якісних змін синтезу колагену I типу, який складає приблизно третину від загального білка в організмі та входить до складу кісток, сухожилля, зв'язок, шкіри. За даними різних авторів зустрічається з частотою від 1 до 6-7 випадків на 100 000 новонароджених та реєструється однаково незалежно від статі та расової належності.

Внаслідок впровадження нових генетичних методів дослідження виявлено більше 1500 мутацій, які занесені в базу даних варіабельності НО. Діагностика захворювання базується переважно на клінічних та рентгенологічних даних. Молекулярно-генетичне обстеження дозволяє верифікувати діагноз й провести диференційну діагностику з іншими захворюваннями опорно-рухового апарату.

**Мета дослідження.** Зважаючи на вищенаведене, вважали за доцільне представити клінічний випадок особливостей перебігу НО у дівчинки М.

**Результати дослідження.** Дівчинка М. народилася від IV вагітності, яка перебігала без ускладнень, III пологів на 38-у тижні вагітності з масою тіла 2300 г, довжиною 47 см. Оцінка за шкалою Апгар 6/7 балів. У зв'язку з розвитком ознак дихальних розладів після народження отримувала кисневу підтримку, антибактеріальну терапію, пейону. На третю добу життя переведена у ВІТН ЧОДКЛ. При огляді звертали на себе увагу особливості фенотипу: диспропорційна тілобудова, вкорочені та деформовані кінцівки, брахіцефалія, трикутна форма лицевого скелету, вузька та мала грудна клітка. Активні рухи обмежені, пасивні – болючі. Діагностовані вроджені вади розвитку опорно-рухового апарату та сполучної тканини: перелом лівої ключиці, переломи обох плечевих кісток, кісток передпліччя, обох стегнових кісток та лівої гомілкової кістки, що зрослися. Пневмонія новонароджених, ДН I-II ступеня. Гіпоксично-ішемічне ураження ЦНС II ст., гострий період, симптом пригнічення, лікворо-динамічних порушень. Маловаговий до терміну гестації. Під час знаходження у відділенні отримувала антибактеріальну та підтримуючу терапію: п-СРАР, інфузійну терапію з проведенням часткового парентерального харчування, іммобілізація гіпсовими пов'язками. Дитина консультована неодноразово вузькими спеціалістами. При проведенні молекулярно-генетичного обстеження виявлена мутація гена COL1A1, аутосомно-домінантний шлях успадкування. Проведена консультація в інституті патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка (м. Харків), заключення: недосконалий остеогенез II типу, важкий перебіг. Введення біфосфонатів на даний час не показано.

**Висновки.** Таким чином, представлений клінічний випадок має практичне значення внаслідок рідкісності даної патології, широкого поліморфізму клінічної картини, утрудненні при проведенні диференційної діагностики, недостатньої обізнаності практичних лікарів.