

Міністерство охорони здоров'я України  
Дніпровський державний медичний університет  
Рада молодих вчених  
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ XXI НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ  
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

# **«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ**

**м. Дніпро, Україна  
2021**

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції  
Науковий редактор: професор Твердохліб І.В.  
Відповідальний редактор: Бондаренко Н.С.

Голова конференції:  
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т.О.

Програмний комітет:  
професор Шпонька І.С.  
професор Гудар'ян О.О.  
професор Науменко Л.Ю.  
професор Твердохліб І.В

Голова Ради молодих учених:  
Бондаренко Н.С.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті  
студентського наукового товариства  
<http://rmv.dmu.edu.ua>  
E-mail: [konf.dp@gmail.com](mailto:konf.dp@gmail.com)

---

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXI конф. студ. та мол. учених : [під ред. Твердохліба І.В., Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, 2021. – 99 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2021

І.Л.Супрун, А.В.Різник, О.Г.Забудська  
**КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ  
МУКОВІСЦИДОЗУ НА ПРИКЛАДІ КЛІНІЧНОГО  
ВИПАДКУ**

Дніпровський державний медичний університет,  
Кафедра педіатрії 2

Муковісцидоз – одне з найбільш частих спадкових (аутосомно-рецесивний тип) захворювань з порушеннями переважно дихальної та травної систем. У розвинених країнах в останні роки відзначається зростання числа дорослих хворих на муковісцидоз. У більшості країн Європи і Північної Америки поширеність муковісцидозу становить від 1: 2000 до 1: 4000 новонароджених. В Україні приблизно 609 дітей, які перебувають на обліку з муковісцидозом та 119 – дорослих. У Дніпропетровській області зареєстровано близько 70 випадків муковісцидозу.

Причиною муковісцидозу є аутосомно-рецесивна мутація гена із 7-ї хромосоми, який позначається як трансмембранний регулятор провідності (CFTR - cystic fibrosis transmembrane conductance regulator). Ген CFTR контролює секреторні процеси в організмі. Функціонує як ц-АМФ залежний хлорний канал, білок CFTR регулює роботу інших хлорних і натрієвих каналів, бере участь в проведенні води, аденозинтрифосфата та виконує ряд інших важливих функцій. При гомозиготному успадкуванні даної мутації розвивається мультисистемне захворювання із враженням бронхолегеневої системи, системи травлення, репродуктивної системи, яке без лікування призводить до летальності у ранньому віці.

**Мета:** аналіз особливостей клінічного випадку муковісцидозу.

**Результати.** Під спостереженням знаходився хлопчик Д., трьох років з діагнозом: Муковісцидоз, змішана форма, важкий перебіг. Ускладнення: хронічний бронхіт, період ремісії, ДН I ступеню, хронічна панкреатична недостатність тяжкого ступеню. Меконіальний ілеус, стан після оперативного втручання: 30.01.2018р – лапаротомія, накладання ентеростоми; 27.03.2018р – ліквідація ентеростоми, тонкокишковий анастомоз 30.05.2018р – операція цекостомія.

Дитина перебувала на стаціонарному лікуванні з 23.03.2021 по 29.03.2021 в КП «ДОДКЛ» ДОР у відділенні високоспеціалізованої педіатричної допомоги. Хлопчика було госпіталізовано в клініку для обстеження та корекції терапії. Діагноз «Муковісцидоз» було виставлено у віці одного місяця та підтверджено медико-генетичним дослідженням: виявлена мутація F508 del/, F508 del в гомозиготному стані. Отримував замісну терапію креоном постійно по 100000 МО на добу, кінезіотерапія проводилась нерегулярно, пульмонологом з 2019 року не спостерігався, моніторинг флори не проводився, рецидивів не було.

З анамнезу відомо, що дитина народилась від 6-ї вагітності, третій пологів, в терміні гестації 38 тижнів. Маса при народженні 3730 г, довжиною тіла 54 см. При ультразвуковому дослідженні під час вагітності на 26-27 тижні було виявлене обструктивне ураження товстого кишечника. Хлопчика було прооперовано в першу добу життя у зв'язку з виявленням меконіального ілеусу: лапаротомія, резекція ділянки товстого кишечника, резекція 8 см тонкого кишечника,

подвійна ілеостомія (30.01.2018). Післяопераційний період ускладнився частковою спайковою непрохідністю. У двох місячному віці (27.03.2018) було проведено повторне оперативне втручання: ліквідація ентеростоми, роз'єднання спайок, тонко кишковий анастомоз, апендектомія. Через два місяці внаслідок розвитку спайкової непрохідності були проведені повторні оперативні втручання: 30.05.2018 – цекостомія, 4.07.2018 – лапаротомія, ліквідація спайок, резекція тонкого кишечника з дивертикулом, накладено анастомоз «кінець в кінець».

При об'єктивному обстеженні загальний стан дитини середнього ступеня важкості за рахунок основного захворювання. Температура тіла 36,7С; частота серцевих скорочень -98\хв; частота дихання -32\хв., SpO2 -97%, вага 16 кг, зріст – 98 см, фізичний та психомоторний розвиток відповідає віку. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. Слизова оболонка ротоглотки рожева, чиста. Дихання через ніс вільне, виділень не має. Аускультативно в легенях дихання жорстке, проводиться в усі відділи, хрипів немає. Тони серця гучні, ритм правильний, систолічний шум на верхівці. Живіт м'який, безболісний, збільшений в розмірі, на передній черевній стінці післяопераційні рубці. Печінка виступає на 1 см з-під краю реберної дуги, селезінка не пальпується. Стілець кашкоподібний до 2 разів на день, без патологічних домішок, діурез не порушений.

При дослідженні копрограми виявлено підвищену кількість клітковини та нейтрального жиру. При додаткових обстеженнях виявлено збільшення панкреатичної еластази калу: 11,77 мкг/1г калу (важка зовнішньо-секреторна недостатність підшлункової залози).

На рентгенограмі органів грудної клітини спостерігається посилення судинного малюнку. На ЕКГ: вольтаж нормальний, ритм синусовий, електрична вісь серця не відхилена, частота серцевих скорочень 133/хв. При Ехо-КГ дослідженні виявлено розширення порожнини правого шлуночка серця, скорочувальна функція міокарда задовільна, виявлено ущільнення стулок мітрального клапану, регургітація I ступеню до 1/3 лівого передсердя; трикуспідальний клапан – регургітація II ступеню до 1/2 правого передсердя.

При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини виявлено гепатоспленомегалію.

Після обстеження була призначена корекція замісної терапії креоном до 135000 МО на добу, необхідно подовжити муколітичну терапію інгаляціями з гіпертонічним 7% розчином натрію хлору із подальшим проведенням кінезіотерапії. Також рекомендовано постійно приймати урсофальк по 150 мг 2 рази на добу та збільшити споживання білків та вітамінів.

**Висновки:** Необхідне проводити ранню генетичну діагностику муковісцидозу у дітей з виявленим при народженні меконіальним ілеусом.

Комплексне своєчасне лікування призводить до поліпшенню стану хворих на муковісцидоз та уповільнює розвиток патологічних змін в бронхолегеневій і гепатобіліарній системі, що покращує якість та тривалість життя пацієнтів.