



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ЗБІРНИК ТЕЗ

міжвузівської конференції молодих вчених

та студентів

МЕДИЦИНА ТРЕТЬОГО ТИСЯЧОЛІТТЯ

(Харків - 20 січня 2016 р.)

Харків - 2016



УДК 61.061.3 (043.2)

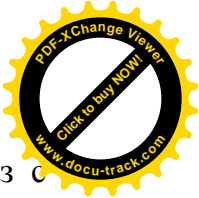
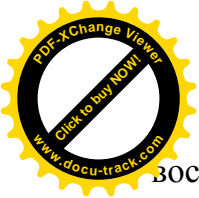
ББК 61 (063)

*Медицина третього тисячоліття: Збірник тез міжвузівської конференції молодих вчених та студентів (Харків - 19 січня 2016 р.)
Харків, 2016. – 518 с.*

За редакцією професора В.М. ЛІСОВОГО

Відповідальний за випуск проф. В.В. М'ясоєдов

Затверджено вченою радою ХНМУ
Протокол № 12 від 17 грудня 2015 р.



воспалительного процесса в дыхательной системе. Также сравнительный анализ с идентификацией вида патологических шумов может существенно облегчить задачу диагностики врачу-пульмонологу.

Выводы: Разработано теоретическое обоснование и апробировано применение формулы ВКФ для автоматического процесса анализа и идентификации акустических шумов при бронхолёгочных заболеваниях.

Безручко О.С.
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПЕРИОДА АДАПТАЦИИ У
НОВОРОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ВНУТРИУТРОБНЫМ
ИНФИЦИРОВАНИЕМ

Кафедра педиатрии №1 и неонатологии
Харьковский национальный медицинский университет,
г.Харьков, Украина

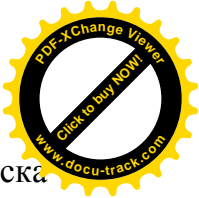
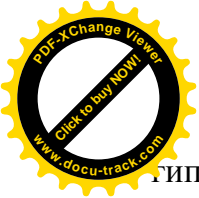
Научный руководитель – доц. Малич Т.С.

Внутриутробные инфекции являются одной из ведущих причин перинатальной заболеваемости и смертности. Это связано с устойчивой тенденцией к ухудшению здоровья населения, росту числа инфекционных заболеваний. Сущность этой патологии заключается в иммунологических и гемореологических нарушениях, приводящих к фетоплацентарной недостаточности, снижению защитно-приспособительных механизмов, внутриутробной гипоксии плода и неонатальной дезадаптации.

Целью нашего исследования было определение особенностей течения раннего периода адаптации у новорожденных на фоне внутриутробного инфицирования.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 20 новорожденных, рожденных от матерей, у которых имело место внутриутробное инфицирование плода (ВИП): 11 мальчиков (55%), 9 девочек (45%). 10 новорожденных, рожденных от здоровых матерей, составили группу контроля. Проанализировано: особенности течения беременности и родов, состояние новорожденных после рождения, особенности течения раннего периода адаптации на фоне внутриутробного инфицирования.

Результаты. При изучении амбулаторных карт женщин из группы риска выявлено наличие во время беременности генитальной патологии инфекционно-воспалительной природы: 35% - кольпит, 18% - хронический пиелонефрит, 15% - мочекаменная болезнь, 4% - бартолинит. При верификации инфекционных патогенных агентов, персистирующих в урогенитальном тракте женщин с ВИП, обнаружено: 35% - сочетанная инфекция: хламидиоз, микоплазмоз, ЦМВ и герпес, 25% - трихомоназ, 20% - уреоплазма, 2% - сифилис, 2% - гарднереллез. У обследуемых женщин имели место: дефицитная анемия - 31%, у 30% наблюдалась угроза прерывания беременности, гестозы отмечались у 28%, маловодие и многоводие имели место у 21%, у 10% - плацентарная дисфункция, ОРЗ на фоне беременности отмечалось у 10%. Половина обследуемых новорожденных родились преждевременно, у 15% новорожденных отмечалось обвитие пуповины вокруг шеи, у 5% женщин зарегистрированы стремительные роды, вторичная родовая слабость отмечалась у 5% женщин. В гипоксии тяжелой степени родилось 10% новорожденных, в гипоксии средней степени тяжести - 35%, 16% новорожденных имели задержку темпов внутриутробного развития. При обследовании новорожденных дезадаптация проявлялась в виде гипогликемии (20%), гипопроотеинемии (20%),



гипербилирубинемии (10%), анемии (5%). У 10% новорожденных из группы риска произошла реализация инфицирования в виде внутриутробной пневмонии, один новорожденный родился с внутриутробным гепатитом.

Выводы. 1. В формировании защитно-приспособительных механизмов плода и ранней неонатальной адаптации новорожденного большое значение имеет внутриутробное инфицирование.

2. Развитие внутриутробного инфицирования плода, как правило, сочетается с наличием очагов острого или хронического воспалительного процесса инфекционной природы в урогенитальном тракте женщины (кольпит, бартолинит, хронический пиелонефрит, вульвовагинит).

3. Проявление внутриутробного инфицирования у новорожденных чаще связано с наличием у женщин микст-инфекции.

4. Половина новорожденных, матери которых имели внутриутробное инфицирование, после рождения имели клинические проявления дезадаптационного синдрома.

Васильченко Ю.В.

СОСУДИСТАЯ МОЛЕКУЛА АДГЕЗИИ ЭНДОТЕЛИЯ -1 КАК РАННИЙ МАРКЕР ДИАГНОСТИКИ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Кафедра педиатрии №2

**Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина**

Научный руководитель - Одинец Ю.В.

Бронхиальная астма (БА) является одной из важнейших проблем здравоохранения во всем мире. Ее рассматривают как хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей. В настоящее время нет полного понимания механизма формирования хронического воспаления при БА. По данным отечественных и зарубежных авторов в развитии местного воспалительного процесса при патологии различных органов и систем важную роль играет эндотелий.

Цель: оценить роль sVCAM-1 в формировании эндотелиальной дисфункции у детей с БА.

Материалы и методы: нами обследовано 60 детей с персистирующей БА в период обострения. Средний возраст составил $10,39 \pm 3,17$ лет. Группы формировались в зависимости от степени тяжести: 1-я группа - больные с легкой персистирующей БА ($n = 29$), 2-я группа - с среднетяжелой БА ($n = 21$) и 3-я группа - с тяжелой БА ($n = 10$). В контрольную группу вошли 15 практически здоровых детей. Исследование толщины комплекса интима-медиа (ТКИМ) проводили УЗИ-методом по Pignoli P. (1986), эндотелий-зависимую дилатацию плечевой артерии определяли по методике Celermajer D.S. и соавт. (1992), уровень S-нитрозотиола в сыворотке крови – спектрофотометрически, уровень растворимой молекулы сосудистой межклеточной адгезии-1 (sVCAM-1) – иммуноферментным методом (набор ELISA, Австрия). Статистический анализ проводили с помощью StatSoft STATISTICA Version 7.

Результаты: выявлено значительное утолщение КИМ у пациентов 3-й группы ($1,2(0,1; 1,3)$) мм, по сравнению с детьми 1-й группы ($0,9(0,8; 1, 0)$ мм, $p_{1-3} = 0,0000$), и детьми 2-й группы ($1,0(1,0; 1,2)$ мм, $p_{2-3} = 0,0004$) и показателями детей группы контроля ($0,6(0,5; 0, 7)$ мм, $p_{\text{контроль-3}} = 0,0000$). При оценке эндотелий-зависимой дилатации плечевой артерии установлено, что % прироста диаметра плечевой артерии