

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

# ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ

Матеріали XI науково-практичної конференції молодих вчених та  
студентів з міжнародною участю



Харків 2026

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
Державна установа «ІНСТИТУТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НАМН УКРАЇНИ»  
МЕДИЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ ХАРКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ІМЕНІ В.Н. КАРАЗІНА

---

# **ПРОБЛЕМИ СЬОГОДЕННЯ В ПЕДІАТРІЇ**

---

**Матеріали XI щорічної науково-практичної конференції молодих  
вчених та студентів з міжнародною участю**

**26 лютого 2026 року – Харків, 2026. – 84 с.**

**Відповідальний за випуск**

**Волошин К.В.**

**Харків 2026**

порушення сну (34,7%), перепади настрою (34,7%), зображення, які з'являються в пам'яті впродовж дня (30,4%).

**Висновок.** Виявлені ознаки стресового стану не обов'язково є свідченням наявності серйозних відхилень у стані здоров'я дітей, а психоемоційний стан, ймовірно, відображає їх захисну реакцію на зовнішні стрес-фактори, відчуття небезпеки внаслідок тих подій, які їм прийшлося пережити.

## **ВПЛИВ ХЛАМІДІЙНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ПОКАЗНИКИ ІМУНОЛОГІЧНОГО ГОМЕОСТАЗУ У ДІТЕЙ ІЗ ГОСТРИМ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ**

*Дяченко М.С., Усенко С.Г.\**

**Харківський національний медичний університет**

**Кафедра педіатрії №2,**

**Кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я\***

Гострий обструктивний бронхіт (ГОБ) посідає одне з чільних місць у структурі захворюваності дітей перших років життя. Результати численних наукових праць свідчать, що кожна третя госпіталізація дитини з респіраторною патологією пов'язана саме з обструктивними процесами в бронхах. Попри глибоке вивчення механізмів розвитку та причин виникнення ГОБ, розробка методів ранньої діагностики та вдосконалення терапевтичних стратегій залишаються пріоритетними завданнями сучасної педіатрії.

Питання розвитку гострого обструктивного бронхіту у дітей на тлі хламідійної інфекції залишається надзвичайно актуальним у сучасній педіатрії. Згідно зі статистичними даними, хламідії ідентифікуються у 5–10% пацієнтів дитячого віку із зазначеною патологією.

Стан імунологічного гомеостазу у хворих дітей на гострий обструктивний бронхіт, інфікованих хламідіями, має свої особливості.

**Мета дослідження.** Проаналізувати стан імунологічного гомеостазу у дітей, інфікованих хламідіями.

**Матеріали та методи дослідження.** Для вирішення поставлено завдання було проведено зіставлення клінічних показників в альтернативних групах: хворих на ГОБ, інфікованих хламідіями, хворих на ГОБ, неінфікованих хламідійною інфекцією.

**Результати дослідження.** У хворих на ГОБ, інфікованих хламідіями, в порівнянні з референтними показниками, відмічено підвищення відносної кількості CD4, CD8, CD22, показник фагоцитозу, рівня ЦІК з 3,5% ПЕГ, концентрації сироваткових IgA, IgM, IgG і абсолютної кількості CD3, CD4, CD8, CD22, CD25, а також зниження відносної кількості CD16, показників спонтанного НСТ, стимульованого НСТ, індексу активності нейтрофілів стимульованого і рівня лізосомально-катіонних білків.

Аналіз ступеню відхилень від норми показників субпопуляції Т-лімфоцитів показав, що мало місце помірне підвищення абсолютної кількості CD3, CD8 і CD25, а незначні зміни зареєстровані у підвищенні відносної кількості CD8, CD4, а також CD4 і зниження відносної кількості CD16. Що стосується таких показників, як абсолютний вміст CD16 і відносної кількості CD3 і CD25, то їх значення не відрізнялись від нормативних ( $p > 0,05$ ).

**Висновки.** Аналіз отриманих результатів свідчить про стимуляцію Т-клітинної ланки імунітету у досліджуваної групи пацієнтів. Попри компенсаторну спрямованість цих

процесів, виявлене зниження рівня натуральних кілерів (CD16) вказує на ознаки імунної декомпенсації.

## КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ З ГІПОКСИЧНО-ІШЕМІЧНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ РІЗНОГО СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

*Жар К.І., Горохова Г.С.\**

КНП «Чернівецький обласний перинатальний центр»

ОКНП «Чернівецька обласна дитяча лікарня»\*

Науковий керівник: проф. Власова О.В.

**Актуальність.** Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (ГІЕ) є станом мозкової дисфункції, що виникає внаслідок дефіциту кисню та порушення ауторегуляції мозкового кровотоку. У розвинених країнах частота ГІЕ становить від 1 до 8 на 1000 живонароджених. З огляду на високий ризик неонатальної смертності (20–30%) та інвалідизації (33–50% серед тих, хто вижив), вивчення клінічних особливостей перебігу захворювання є критично важливим для оптимізації терапевтичної стратегії.

**Мета дослідження.** Вивчити анамнестичні фактори ризику та динаміку клінічних проявів у новонароджених з ГІЕ різного ступеня важкості.

**Матеріали та методи.** Проведено комплексне обстеження 54 новонароджених дітей (термін гестації > 36 тижнів), які перенесли ГІЕ у 2023–2024 рр. Пацієнти були розподілені на дві групи: I група (13 дітей) — ГІЕ помірною ступеня (Sarnat I); II група (41 дитина) — важкий перебіг (Sarnat II–III). Дослідження проводилося ретроспективно з оцінкою клініко-лабораторних даних на 1-шу, 3-тю та 7-му доби життя.

**Результати дослідження.** Середній вік матерів в обох групах становив близько 31 року. У групі з важким перебігом достовірно частіше реєструвалося родорозрішення шляхом кесарського розтину (41,4% проти 16,6% у I групі,  $P < 0,05$ ). Також у II групі спостерігалися випадки фето-плацентарної недостатності (14,6%) та дистресу плоду (17,0%). У дітей II групи бали на 1-й хвилині були достовірно нижчими — 6,5 бала проти 7,8 бала у I групі ( $P < 0,05$ ). На першу добу у пацієнтів II групи переважала неврологічна симптоматика: гіпорексія (66,7%) та гіпотонія (70,8%,  $P < 0,05$ ). Потреба в інотропній підтримці була значно вищою у II групі — 40% проти 7,6% у I групі ( $P < 0,05$ ). На 3-тю добу у групі з важким перебігом зберігалися судоми (27,7%) та тремор (11,1%). Глибоке пригнічення свідомості спостерігалося у 27,7% дітей II групи. Потреба у ШВЛ у цій групі становила 50,5%. До кінця тижня (7 доба) у 21,9% дітей II групи все ще був відсутній смоктальний рефлекс ( $P < 0,05$ ). Ознаки сопору та глибокого порушення свідомості також залишалися характерними для пацієнтів з важким ступенем ГІЕ.

**Висновки.** Важкий перебіг ГІЕ асоціюється з нижчими балами за шкалою Апгар, високою потребою в апаратній вентиляції та інотропній підтримці. Клінічна картина пацієнтів другої групи характеризується стійким неврологічним дефіцитом (відсутність смоктального рефлексу, порушення свідомості) та ознаками мультиорганної дисфункції навіть на 7-му добу лікування.