

ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

15-17
СІЧНЯ
2024



ЗБІРНИК
МАТЕРІАЛІВ

ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ 2024

“Медицина третього
тисячоліття”

МІСТО-ГЕРОЙ ХАРКІВ



ПЕДІАТРІЯ

“Медицина третього
тисячоліття”





дозою до 5 мл/кг. Якщо порушення свідомості та судоми зберігаються, продовжувати крапельне введення 5% глюкози.

Гіпокальціємічні судоми (тетанічні судоми, спазмофілія). Група ризику: вік від 6 місяців до 1,5 років. Причини: рахіт, гіпофункція паращитоподібних залоз, соматичні захворювання, що супроводяться довготривалою діареєю і блювотою. Концентрація кальцію у сироватці крові <2,25 ммоль/л. Клінічні варіанти: явна і прихована форми спазмофілії. Специфічна медична допомога: розчин кальцію глюконату.

Розглянемо клінічний випадок. Батьки хлопчика 4 міс. звернулись до лікаря через чат-бот «Дитячий лікар на війні». Скарги на завмирання та витягнення дитини, тремтіння рук. Дитина народжена від фізіологічної вагітності. Пологи через пологові шляхи. Маса тіла при народженні 3400. Народився в асфіксії середнього ступеню тяжкості. Не хворів, вакцинований відповідно до національного календаря щеплень. Соматичний статус без змін. Додаткових досліджень немає. Педіатр поліклініки змін не виявив. Дитина проконсультована в чат-боті та скерована до дитячого невролога. Після обстеження встановлено діагноз: Доброякісна малюкова епілепсія. Це форма епілепсії, якій притаманні типовий вік дебюту (вікозалежність), типова комбінація варіантів епілептичних нападів, типовий перебіг та відповідь на терапію та самостійно заверується до підліткового віку.

Висновки: Найбільш часто судоми виникають у ранньому дитячому віці і пов'язані з органічною і неорганічною патологією та вимагають ретельного встановлення діагнозу.

Особливість даного клінічного випадку: настороженість батьків станом дитини, продовження звернення за медичною допомогою, вчасне скерування до дитячого невролога.

Кулікова Катерина Тимурівна, Шестопалова Дар'я Дмитрівна, Скобенко Марія Володимирівна
ТРАВМА ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНА З ПОЛОГАМИ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник: к.мед.н., асистент Коновалова Наталія Вікторівна

Вступ. Акушерський параліч верхньої кінцівки класифікується на верхній, нижній, тотальний та проміжний типи відповідно до пошкодження корінців плечового сплетення. Верхній (Дюшенна – Ерба) тип виникає при пошкодженні верхніх корінців плечового сплетення C5 - C7. Нижній (Дежеріна -Клюмпке) тип – при пошкодженні нижніх корінців плечового сплетення C8 - Th1. Тотальний тип, коли відбувається авульсія всіх корінців плечового сплетення C5 - Th1. Також виділяють атипові форми ушкодження (змішаний тип та ушкодження окремих нервів), а також проміжний тип, для якого характерне ураження корінця C7, що є домінуючим, але в патологічний процес можуть залучатися C8 та Th1.

У клінічній практиці найчастіше зустрічається верхній тип ураження, рідше – тотальний тип. Нижній тип акушерського паралічу плечового сплетення зустрічається з найменшою частотою. При чому, за даними літератури, акушерський параліч зустрічається однаково як у дівчаток, і у хлопчиків. Правосторонні авульсії зустрічаються частіше лівосторонніх.

Мета. Проаналізувати дані літератури стосовно частоти виникнення даної патології, класифікацію ушкоджень нервів, факторів ризику її виникнення та подальших прогнозів.

Матеріали та методи. аналіз літературних джерел на платформі PubMed, Medscape.

Результати. Пологова травма плечового сплетення виникає внаслідок збільшення кута між шиєю та плечима немовляти, що призводить до тяги або здавлення нервів плечового сплетення. Ця сила, що діє на плечове сплетення, може спричинити різний ступінь пошкодження нерва, починаючи від нейропраксії до повного відриву корінця. Клінічно ця травма призводить до порушення чутливої та рухової функції у місці іннервації ушкодженого нерва. Seddon та Sunderland описали класифікацію нервових ушкоджень. Seddon описав 3 типи пошкодження нерва - нейропраксія, аксонотмезис та нейротмезис. Sunderland розширив систему класифікації на п'ять ступенів ушкодження нерва.



Пошкодження 1 ступеня, або нейропраксія, передбачає тимчасову блокаду провідності з демієлінізацією нерва в місці пошкодження. Електродіагностичні дослідження виявляють нормальні результати вище та нижче рівня травми, і жодних змін денервації в м'язі немає.

Травма 2 ступеня, або аксонотмезис, є результатом більш серйозної травми або здавлення. Це спричиняє дегенерацію дистальніше рівня пошкодження та проксимальну аксональну дегенерацію принаймні до наступного вузла Ранв'є. Електродіагностичні дослідження демонструють зміни денервації в уражених м'язах, а у випадках реіннервації присутні потенціали рухових одиниць (ПРО).

Травма 3 ступеня подібна до травми другого ступеня тим, що відбувається демієлінізація; електродіагностичні дослідження демонструють денерваційні зміни з фібриляцією в уражених м'язах. У реіннервації присутні ПРО.

Травма 4 ступеня призводить до появи великої ділянки рубця на місці пошкодження нерва та перешкоджає поширенню будь-яких імпульсів дистально до рівня пошкодження нерва. Електродіагностичні дослідження виявляють денерваційні зміни в уражених м'язах, ПРО відсутні.

Пошкодження 5 ступеня - це повне перерізання нерва. Як і при травмі четвертого ступеня. Дані електродіагностики такі ж, як і при травмі 4 ступеня.

Фактори ризику виникнення паралічів плечового сплетіння розділені на три категорії:

- зі сторони дитини (вага при народженні більше 4 кг);
- зі сторони матері (цукровий діабет, ожиріння або надмірне збільшення ваги, декілька вагітностей в анамнезі, маловоддя, вік більше 35 років, еклампсія або прееклампсія, передчасні пологи, переносна вагітність, передлежання плаценти, звуження таза, зтяжні пологи).
- фактори, що пов'язані з механізмом пологів (сідничне передлежання (8–21%) та пологах шляхом кесаревого розтину (1–4%), дистоція плечиків, зтяжний другий період пологів).

Крім того, ушкодження плечового сплетення у новонароджених нерідко поєднуються з переломами ключиці та плечової кістки, пошкодженням лицьового нерва, кефалогематомою та кривошиєю.

У постнатальному періоді будь-який тип паралічу плечового сплетення маніфестує у вигляді пасивного положення верхньої кінцівки.

У період залишкових явищ верхній тип родового паралічу Дюшена – Ерба супроводжується привідною та ротаційною контрактурами у плечовому суглобі та відсутністю у ньому активних рухів. У ліктьовому суглобі розвивається пронаційна, згинальна або згинально-розгинальна контрактура, передній вивих голівки променевої кістки, обмеження активних рухів передпліччя. Нестабільність променево-зап'ясткового суглоба проявляється переважно згинальною, рідше – розгинальною контрактурою.

При тотальному та нижньому типах родового паралічу виникає обмеження чи відсутність активного розгинання та опозиції 1-го пальця, активного розгинання та згинання 2–5-го пальців.

У всіх випадках родового паралічу спостерігається зниження або відсутність сухожильних та періостальних рефлексів, атрофія м'язів та вкорочення сегментів ураженої кінцівки, порушення чутливості.

Висновок: проаналізувавши дані літературних джерел на платформі PubMed, Medscape, ми уточнили частоту виникнення акушерського паралічу верхньої кінцівки, яка склала 86% для верхнього типу ураження, 9-26% для тотального типу та 2-9% для нижнього типу ураження. Також ми класифікували пошкодження нервів за Seddon та Sunderland, визначили фактори ризику даної патології та подальші прогнози для новонародженого.



СТУПІНЬ ВИРАЖЕННЯ АСТЕНІЧНОГО СТАНУ У ГРОМАДЯН УКРАЇНИ ПІД ЧАС ПОВНОМАСШТАБНОГО ВТОРГНЕННЯ	122
ПЕДІАТРИЯ ТА НЕОНАТОЛОГИЯ.....	124
ВОЙЛОКОВА ГАННА ОЛЕКСАНДРІВНА, СКИДАНЕНКО ЄЛИЗАВЕТА ВЯЧЕСЛАВІВНА	125
БРОНХОЕКТАТИЧНА ХВОРОБА У ДИТИНИ 9 РОКІВ (КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК)	125
КОЛІСНІЧЕНКО ТАМАРА ВЯЧЕСЛАВІВНА	126
КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ СЕЛЕКТИВНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ IGA У ДІТЕЙ.....	126
КОНОПЛЯ ЛІНА АНДРІЇВНА, РЗАЄВА АЙТАДЖ АКІФ КИЗИ	126
ІНФІКОВАНІСТЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК СТРЕПТОКОКОМ ГРУПИ В ЯК ФАКТОР РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ І СМЕРТНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ	126
КОПТЬЄВА НАТАЛЯ СЕРГІЇВНА	128
КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ СУДОМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	128
КУЛКОВА КАТЕРИНА ТИМУРІВНА, ШЕСТОПАЛОВА ДАР'Я ДМИТРІВНА, СКОБЕНКО МАРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА.....	129
ТРАВМА ПЛЕЧОВОГО СПЛЕТЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНА З ПОЛОГАМИ.....	129
ЛАДАНЮК ТАМАРА ОЛЕГІВНА	131
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ У ДІТЕЙ В ПЕРІОД СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ	131
МОЩЕНКО ЄЛИЗАВЕТА МАКСИМІВНА	132
ВПЛИВ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ НА ЗАГОСТРЕННЯ ДЕРМАТИТИВ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	132
ФЕДОРЕНКО ОЛЬГА ВАЛЕНТИНІВНА	133
ПОШИРЕНІСТЬ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПОТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ З СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ В КНП ХОР ОБЛАСНІЙ ДИТЯЧІЙ КЛІНІЧНІЙ ЛІКАРНІ	133
ФЕСЕНКО ВІКТОРІЯ ОЛЕКСІЇВНА	134
РІДКІСНІ ФОРМИ ХВОРОБ МІОКАРДА У ДІТЕЙ	134
ПРОФІЛАКТИЧНА МЕДИЦИНА ТА ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я	135
БОЙКО ІЛЛЯ СЕРГІЙОВИЧ, БОЙКО ІЛЛЯ СЕРГІЙОВИЧ, ШУШЛЯПІНА НАТАЛІЯ ОЛЕГІВНА.....	136
ДОСЛІДЖЕННЯ ОБІЗНАНОСТІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЩОДО ПЕРЕДУМОВ ЗАХВОРЮВАНЬ ВЕРХНІХ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ.....	136
ГАВРИЛЯК РИММА ОЛЕКСАНДРІВНА, ГУРСЬКА МАРІНА ІГОРІВНА.....	137
ВОДНА ТЕРАПІЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЯ. ВІЙСЬКОВА ТА ЦИВІЛЬНА.....	137
ГУЛІЄВА ВІСАЛА ХУДАЯР КИЗИ	137
ІСТОРІЯ ВПРОВАДЖЕННЯ СКРИНІНГОВИХ ПРОГРАМ ЯК СИСТЕМИ МОНІТОРИНГУ	137
ДАСКАЛ МАРІЯ ВАЛЕРІЇВНА	139
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ТРИВАЛІСТЮ СНУ ТА ХАРАКТЕРИСТИКАМИ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В УКРАЇНІ.....	139
КРЕЧКІВСЬКА ЛОЛІТА МИКОЛАЇВНА, МОЛОТОК ВАЛЕРІЯ ВІТАЛІЇВНА	140
ОЦІНКА РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ПІД ЧАС ВІЙНИ.....	140
МІЩЕНКО М. М. ¹ , МІЩЕНКО О. М. ² , ВОЛОШИНА С. Л. ² , ДЄДКОВА А. В. ²	141
НАУКОВЕ ОБГРУНТУВАННЯ ТА РОЗРОБКА МОДЕЛІ РАНЬОГО ВИЯВЛЕННЯ ТА ПЕРВИННОЇ ПРОФІЛАКТИКИ МОЗКОВИХ ІНСУЛЬТІВ СЕРЕД ДОРОСЛОГО НАСЕЛЕННЯ.....	141
РАЙЛЯН ГАЛИНА МИКОЛАЇВНА, КАЛЬЧЕНКО МАРІНА ОЛЕГІВНА.....	141
ПРОБЛЕМА СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ В РІЗНИХ КРАЇНАХ СВІТУ ТА В УКРАЇНІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ.....	141
САЧЕНКО ДАРИНА ВІТАЛІЇВНА	142