

ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

15-17
СІЧНЯ
2024



ЗБІРНИК
МАТЕРІАЛІВ

ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ 2024

“Медицина третього
тисячоліття”

МІСТО-ГЕРОЙ ХАРКІВ



ПЕДІАТРІЯ

“Медицина третього
тисячоліття”





наявності стрептококів групи В або при наявності клінічних ознак ризику їх передачі. Ці клінічні ознаки включають:

- тривалий розрив плодових оболонок,
- бактеріурію,
- попередній випадок народження дитини з інвазивною стрептококовою хворобою групи В із раннім початком у цієї вагітної,
- гарячку у матері.

Профілактика антибіотиками під час пологів рекомендована у випадках позитивного результату ректовагінального посіву на СГВ, виявлення бактеріурії СГВ на будь-якому етапі вагітності або наявність історії пологів з інфікованим немовлям, яке мало ранню інфекцію СГВ. У випадку невідомого статусу СГВ, антибіотикопрофілактика рекомендована в разі передчасних пологів (менше 37 тижнів), наявності гарячки у матері під час пологів або тривалого розриву оболонок (понад 18 годин).

Антибіотиком першого ряду для профілактики під час пологів є внутрішньовенне введення пеніциліну G. До антибіотиків другої лінії включено ампіцилін, цефазолін, кліндаміцин і ванкоміцин.

Висновки. Стрептокок групи В (СГВ), або *S. agalactiae*, який переважно є нешкідливим для організму матері, може стати серйозною загрозою для новонароджених. Інвазивна стрептококова хвороба групи В може спричинити низку серйозних ускладнень, включаючи менінгіт, пневмонію та неонатальний сепсис, що залишає її однією з основних причин захворюваності та смертності новонароджених. Антибіотикопрофілактика, проведена за показаннями, є ефективним заходом для запобігання передачі стрептококу групи В від матері до дитини, що призводить до зниження випадків інвазивних захворювань у новонароджених.

Коптєва Наталя Сергіївна

КЛІНІЧНІ ВАРІАНТИ СУДОМ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник: Скнаторова Ганна Сергіївна

Вступ: неонатальний і грудний періоди є зоною значної вразливості щодо виникнення судом (доношені діти мають коливання неонатальних судом – 0,7 – 2,7 на 1000 живонароджених, в недоношених народжених — 57,5 – 132 на 1000 немовлят відповідно до даних роботи E.J. Al-Zwaini і співавторів) та є найпоширенішою неврологічною проблемою яка пов'язана зі смертністю та значним рівнем захворюваності, що і обумовлює актуальність теми.

Етіологія та патогенез судом: 1) хвороби порушення обміну речовин та хромосомні аномалії; 2) ранні епілептичні енцефалопатії (РЕЕ); 3) моногенні вроджені вади розвитку головного мозку та нейродегенеративні захворювання; 4) моногенні синдроми, що супроводжуються інтелектуальним дефіцитом; 5) внутрішньочерепний крововилив та\або ішемічний інфаркт; 6) епілептичний синдром; 7) метаболічні зміни (гіпоглікемія, гіпокальціємія); 8) зневоднення організму; 9) інфекції (фебрильні судоми, інфекції ЦНС).

Клінічна картина судом. Судоми поділяються на клонічні, міоклонічні, тонічні та приховані. Фебрильні судоми – це судоми, що виникають у дитячому віці і пов'язані з фебрильною гарячкою (понад 38 °С) без ознак інфекції ЦНС. Найчастіша причина судом (2-5% дітей раннього віку спостерігається як мін. 1 напад судом), тому часто вивчаються у зв'язку з епілепсією. Короткотривалі одиничні фебрильні судоми не призводять до грубих уражень (кальцинатів, кіст, склерозу т.д). Група виникнення: діти старше 6 міс. і молодше 5 років. Відсутні інфекції ЦНС, гострі системні метаболічні аномалії, попередні афебрильні судоми. Медична допомога: антипіретики, зниження температури, за відсутності ефекту протисудомні препарати.

Гіпоглікемічні судоми. Група ризику недоношені новонароджені та діти з цукровим діабетом в анамнезі. Стан гіпоглікемії на момент судом. Медична допомога: введення 40% глюкози



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.



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