

ХАРКІВСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

15-17
СІЧНЯ
2024



ЗБІРНИК
МАТЕРІАЛІВ

ФЕСТИВАЛЮ МОЛОДІЖНОЇ НАУКИ 2024

“Медицина третього
тисячоліття”

МІСТО-ГЕРОЙ ХАРКІВ



ПЕДІАТРІЯ

“Медицина третього
тисячоліття”





Колісниченко Тамара Вячеславівна

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ СЕЛЕКТИВНОГО ІМУНОДЕФІЦИТУ IGA У ДІТЕЙ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії №1 та неонатології

Науковий керівник: Сенаторова Ганна Сергіївна

Вступ. Селективний дефіцит IgA визначається як стан, при якому відмічається ізольоване зниження (менш як 0,07 г/л) або навіть повна відсутність IgA в крові, тоді як рівні імуноглобулінів М та G є нормальними. Згідно із робочими критеріями European Society for Immunodeficiency (ESID) для діагностики ізольованого дефіциту IgA має бути підтверджено нормальну відповідь на вакцини, виключені вторинні причини гіпогаммаглобулінемії та Т-клітинні дефекти.

Вибірковий (селективний) дефіцит імуноглобуліну А є найбільш частим первинним імунодефіцитом. Поширеність його становить приблизно 1:700 осіб у всьому світі з діапазоном від 1:134 до 1:18 500 залежно від досліджуваної популяції. Поширеність СДІА є найвищою серед європейської (1 на 500-600 осіб), найнижчою серед східних та азійських популяцій.

Більшість людей з дефіцитом IgA (50-75%) не мають жодних проблем зі здоров'ям. Водночас деякі люди з дефіцитом IgA частіше хворіють на інфекції: респіраторні та кишкові. Дефіцит цього імуноглобуліну відіграє певну роль у розвитку астми та алергії, аутоімунних захворювань.

Первинний селективний дефіцит IgA є генетично детермінованим захворюванням. Спадковість прослідковується у 20% випадків. У родичів можуть спостерігатися дефіцит імуноглобуліну А, транзиторна гіпогаммаглобулінемія або загальний варіабельний імунодефіцит.

Вторинний дефіцит IgA може бути медикаментозно-індукованим (наприклад, протиепілептичні засоби, препарати золота), зумовлений інфекціями (наприклад, вроджена краснуха) або злоякісними пухлинами.

Мета. Удосконалення діагностики транзиторного імунодефіциту IgA у дітей раннього віку.

Матеріали та методи. Було дослідження 2 клінічні випадки селективного імунодефіциту IgA у дітей раннього віку. Пацієнтам проведено клінічний аналіз крові та імунограма.

Результати. Проведено клінічне, лабораторне та імунологічне обстеження 2 дітей у віці 3-х місяців та 3-х років. Клінічними проявами були: часті респіраторні захворювання, висип на шкірі, стійкі грибкові ураження слизових, бактеріальні інфекції, різке зниження імуноглобуліну А до 0,01 г/л.

Висновки. Результати проведених обстежень у двох клінічних випадках можуть відповідати транзиторному селективному дефіциту імуноглобуліну А, притаманному дітям до 5- 7 років. Остаточний діагноз може бути встановлений після цього віку. Рівень імуноглобулінів має контролюватися в динаміці для простеження тенденцій (нормалізації з віком, стійкого зниження чи відхилення в динаміці інших класів імуноглобулінів).

Конопля Ліна Андріївна, Рзаєва Айтадж Акіф кизи

ІНФІКОВАНІСТЬ ВАГІТНИХ ЖІНОК СТРЕПТОКОКОМ ГРУПИ В ЯК ФАКТОР РИЗИКУ УСКЛАДНЕНЬ І СМЕРТНОСТІ НОВОНАРОДЖЕНИХ

Україна, Харків

Харківський національний медичний університет

Кафедра педіатрії та неонатології №1

Науковий керівник: Тесленко Тетяна Олександрівна

Актуальність. Стрептокок групи В (СГВ), також відомий як *Streptococcus agalactiae*, загалом є не шкідливим для здоров'я людини. Він є коменсалом зовнішніх статевих органів і у шлунково-кишковому тракті здорових жінок. Цей мікроорганізм може бути переданий від матері до новонародженого інтранатально або вертикальним шляхом. Інвазивна стрептококова хвороба



групи В із раннім початком виникає протягом перших 7 днів життя та може спричинити серйозні ускладнення у новонароджених, включаючи менінгіт, пневмонію та ранній неонатальний сепсис. Ця хвороба залишається основною причиною захворюваності та смертності серед доношених і передчасно новонароджених.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз наявних клінічних, епідеміологічних та мікробіологічних досліджень і літературних джерел, доступних у всесвітніх базах даних Pubmed, Medline та Google Scholar.

Мета. Дослідити кореляцію між інфікованістю вагітних стрептококом групи В та виникненням ускладнень і смертністю немовлят. Також, з'ясувати шляхи передачі стрептококу групи В від матері до дитини та методи профілактики розвитку інвазивної стрептококової хвороби.

Результати. Основним чинником, що підвищує ризик виникнення стрептококової інфекції групи В у немовляти, є присутність стрептококу групи В у матері. Бактерії, що можуть бути взяті з статевих шляхів матері, можуть потрапити до амніотичної рідини через непошкоджені або розірвані плодові оболонки. Новонароджена дитина може заразитися в результаті контакту з інфікованою амніотичною рідиною або її аспірації. Інфікування може також відбутися під час пологів, коли дитина проходить через пологовий канал, і в цьому випадку, системна інфекція може виникнути внаслідок інфікування через пуповину, дихальні шляхи або шкіру.

Інші фактори ризику стрептококової інфекції групи В включають:

- передчасно народжуваність,
- низьку вагу при народженні,
- передчасний розрив плодових оболонок,
- інтранатальну лихоманку,
- хоріоамніоніт,
- етнічну приналежність матері (чорношкірі та латиноамериканські матері мають підвищений ризик порівняно з білими),
- ендометрит,
- значну колонізацію матері СГВ,
- часті вагінальні обстеження під час пологів.

Юний вік матері (молодше 20 років) і куріння можуть бути пов'язані з підвищеним ризиком раннього початку стрептококової інфекції, але ці зв'язки не були доведені. Інші фактори, що можуть збільшити ризик цієї інфекції, включають нижчий соціально-економічний статус та інфекцію сечовивідних шляхів матері під час третього триместру [3].

S. agalactiae залишається одним із провідних збудників інвазивних бактеріальних інфекцій у немовлят і значно впливає на неонатальну захворюваність і смертність у всьому світі. Якщо інфекція виникає протягом перших днів життя, вона називається хворобою з раннім початком, а між сьомим і 89-м днями – хворобою з пізнім початком.

У випадках раннього початку, в інфікованих новонароджених швидко розвивається бактеріємія з або без сепсису та/або пневмонії і, рідше, менінгіту. У випадках пізнього початку, в новонароджених зазвичай спостерігається бактеріємія без вогнища та часто розвивається менінгіт.

Основним фактором ризику для раннього початку є ректовагінальна колонізація матері СГВ наприкінці вагітності.

Додаткові встановлені фактори ризику включають:

- тривалий розрив плодових оболонок перед пологами,
- інтранатальну лихоманку ($\geq 38^{\circ}\text{C}$),
- бактеріурію СГВ протягом поточної вагітності,
- хворобу СГВ у попередньої дитини,
- передчасні пологи у терміні менше 32 тижнів вагітності.

Внутрішньовенне введення антибіотиків під час пологів протягом 4 годин було впроваджено приблизно у 1980 році як превентивний захід для запобігання передачі стрептококу групи В від матері до дитини й успішно знизило вертикальну передачу інфекції.

Рішення про застосування антибіотиків приймається на підставі результатів універсального культурального ректовагінального посіву між 35 і 37 тижнями вагітності для виявлення



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



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