

Національна академія медичних наук України

ДУ «Національний інститут терапії імені Л.Т.Малої НАМН України»

ГО «Українська асоціація профілактичної медицини»

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т. Зайцева НАМН України»

ДУ «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва НАМН України»

ДУ «Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М. І. Ситенка НАМН України»

Харківський національний медичний університет

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ЗА УЧАСТЮ МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ**

**«ПЕРСПЕКТИВИ ТА ІННОВАЦІЇ У НАУЦІ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ»**

ПРИСВЯЧЕНА ДНЮ НАУКИ

23-24 травня 2024 р.

Харків, 2024

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДУ «НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ТЕРАПІЇ ІМЕНІ Л.Т.МАЛОЇ НАМН УКРАЇНИ»
ГО «УКРАЇНСЬКА АСОЦІАЦІЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ
ІМ. В.Т. ЗАЙЦЕВА НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ МЕДИЧНОЇ РАДІОЛОГІЇ ТА ОНКОЛОГІЇ
ІМ. С. П. ГРИГОР'ЄВА НАМН УКРАЇНИ»
ДУ «ІНСТИТУТ ПАТОЛОГІЇ ХРЕБТА ТА СУГЛОБІВ
ІМ. ПРОФ. М. І. СИТЕНКА НАМН УКРАЇНИ»
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**МАТЕРІАЛИ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ МОЛОДИХ ВЧЕНИХ
ЗА УЧАСТЮ МІЖНАРОДНИХ СПЕЦІАЛІСТІВ,
ПРИСВЯЧЕНОЇ ДНЮ НАУКИ**

**«ПЕРСПЕКТИВИ ТА ІННОВАЦІЇ У НАУЦІ
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ»**

23-24 травня 2024 р.

Харків, 2024

УДК: 616"364"(063)

Затверджено засіданням Вченої ради
ДУ «Національний інститут терапії
імені Л.Т. Малої НАМН України»,
Протокол № 6 від 21.05.2024 р.

Редакційна рада

Г.Д. Фадєєнко (голова)

О.В. Колеснікова (заступник голови)

О.Є. Гріднєв, Н. І. Черелюк,

Відповідальний секретар: В.В. Малько

P26 «Перспективи та інновації у науці молодих вчених в умовах воєнного часу»:
Матеріали науково-практичної конференції молодих вчених за участю
міжнародних спеціалістів, присвяченої Дню науки, 23-24 травня 2024 р./за ред.
Г.Д. Фадєєнко та ін. – Х., 2024. – 51 с. Режим доступу:
<https://therapy.org.ua/files/Material23-24-05-2024.pdf>

Матеріали конференції призначені для спеціалістів різних медичних
спеціальностей, що займаються проблемами теоретичної та практичної медицини,
а також студентам медичних закладів.

апаратного методу доводять, що він заслуговує на більш широке впровадження у хірургічній практиці.

ДОСЛІДЖЕННЯ НАЙПОШИРЕНІШИХ ФАКТОРІВ РОЗВИТКУ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ У ДІТЕЙ

Оліфіренко Д.Є., Білошапка А.В., Овчар А.В., Дяченко М.С.

Харківський національний медичний університет

Вступ. Сечовивідні шляхи є поширеною локалізацією інфекції в дитячій популяції. Дуже важливо мати чітке розуміння факторів ризику цих захворювань. Найпоширенішими факторами є наведені нижче.

Новонароджені та немовлята в перші місяці життя мають вищий ризик розвитку інфекцій сечових шляхів. Ця схильність пояснюється недостатньо розвиненою імунною системою. Грудне вигодовування було запропоновано як засіб доповнення незрілої неонатальної імунної системи шляхом передачі материнського IgA дитині, забезпечення наявності лактоферину та забезпечення ефекту антиадгезивних олігосахаридів.

Починаючи з 1980-х років, дослідження показали підвищену частоту інфекцій сечових шляхів у необрізаних хлопчиків протягом першого року життя. Доведено, що хлопчики з крайньою плоттю мають значно вищу концентрацію уропатогенних мікробів, які потенційно можуть підніматися в сечовивідні шляхи і призводити до інфекцій.

Флора товстої кишки та уrogenітальної області є результатом нативного імунітету господаря, існуючої мікробної екології та прийому лікарських засобів та продуктів харчування. Нещодавнє дослідження підтвердило теорію про те, що частина мікрофлори товстої кишки, яка експресує певні фактори вірулентності, найімовірніше, інфікує сечовивідні шляхи (Schlager TA, Hendley JO, Bell AL, et al. Clonal diversity of Escherichia coli colonizing stools and urinary tracts of young girls. Infect Immun 2002). Нераціональне та неправильне використання антибіотиків може підвищити ризик розвитку у дітей уропатогенних штамів мікроорганізмів, які можуть перерости в симптоматичні інфекції сечовивідних шляхів.

Діти з функціональними порушеннями сечовивідних шляхів також мають вищий ризик розвитку ІСШ. Нездатність спорожнити сечовий міхур, як у випадку нейрогенного сечового міхура, часто призводить до затримки сечі, застою сечі та неоптимального кліренсу бактерій з сечовивідних шляхів.

Сексуальна активність визнана фактором ризику розвитку ІСШ у молодих жінок та підлітків. Подібний ризик не був продемонстрований у чоловіків. Практично у всіх жінок після статевого акту виникає бактеріурія.

Висновок. Отже, інфекції сечовивідних шляхів є одними з найпоширеніших інфекцій у дитячому віці. За відсутності своєчасного та належного лікування

дитячі інфекції сечових шляхів можуть призвести до значної гострої захворюваності та незворотного ураження нирок.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ РАННІХ СТАДІЙ РАКУ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗАВДЯКИ УДОСКОНАЛЕННЮ НАВІГАЦІЇ ПРИ ПРОВЕДЕННІ БРАХІТЕРАПІЇ (КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Пасмор А.А.

*Державна установа «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України»,
Харків, Україна*

Мета: покращення прецизійності методу планування HDR-брахітерапії раку передміхурової залози, з урахуванням доказаної ефективності та підтвердженої переваги брахітерапії раку простати над хірургічним лікуванням.

Матеріали та методи дослідження: У хворого 58 років з морфологічно верифікованим раком передміхурової залози cT2aN0M0 Глісон 3 + 4 = 7, ацинарна аденокарцинома, група проміжного ризику, на першому етапі лікування проведено сеанс брахітерапії однократною СВД (сумарна вогнищева доза) 15 Гр. Для навігації при встановленні інтродьюсерів використано методику комбінації МРТ (магнітно-резонанса томографія) та ТрУЗД (трансректальне ультразвукове дослідження).

Результати. Відомо, що проведення МРТ-дослідження під час проведення сеансу брахітерапії раку простати для покращення навігації для постановки інтродьюсерів технічно неможливе.

Тому нами використано можливості унікальної в нашій країні планувальної системи SagiPlan BEBIG, яка дозволяє створювати image-fusion плани опромінення з поєднанням зображень різних видів (в нашому випадку МРТ і УЗ-скани).

Після порівняння діагностичних МРТ та ТрУЗД-сканів встановлено, що об'єм простати, отриманий на основі ТрУЗД-сканів, становить 45 см³, тобто перевищує об'єм МРТ-зображень на 3 см³. Через 3 місяці було констатовано настання повної клінічної регресії: усT0N0M0 (сT2aN0M0).

Через 3 місяці після сеансу брахітерапії констатовано скарги тільки на помірну еректильну дисфункцію, яка не заважає продовжувати статеве життя. Таких нерідких наслідків брахітерапії простати, як променевий ректит і цистит, а також стриктура уретри, винайдено не було.

Спостерігалось зменшення ПСА до 2,1 нг/мл (порівняно з 19,6 базовим), на контрольній МРТ відзначалося зменшення об'єму простати до 32 см³, тобто практично нормалізація.