

Міністерство охорони здоров'я України
Дніпровський державний медичний університет
Рада молодих вчених
Студентське наукове товариство

**МАТЕРІАЛИ ХХІІ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ УЧЕНИХ**

«НОВИНИ І ПЕРСПЕКТИВИ МЕДИЧНОЇ НАУКИ»

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

**м. Дніпро, Україна
2022**

Підготовлено до друку оргкомітетом конференції
Науковий редактор: професор Твердохліб І.В.
Відповідальний редактор: Бондаренко Н.С.

Голова конференції:
член-кореспондент НАМН України, професор Перцева Т.О.

Програмний комітет:
професор Шпонька І.С.
професор Гудар'ян О.О.
професор Науменко Л.Ю.
професор Твердохліб І.В

Голова Ради молодих учених:
Бондаренко Н.С.

Матеріали конференції представлені на офіційному сайті
студентського наукового товариства
<http://rmv.dmu.edu.ua>
E-mail: konf.dp@gmail.com

Новини і перспективи медичної науки : зб. мат. XXII конф. студ. та мол. учених : [під ред. Твердохліба І.В., Бондаренко Н.С.]. – Дніпро, 2022. – 81 с.

До збірника увійшли тези та статті наукових робіт, надані авторами та авторськими колективами вищих медичних навчальних закладів та науково-дослідних установ України. Наукові роботи висвітлюють сучасні проблеми, новітні технології, напрямки та перспективи розвитку у різних галузях медицини. Рекомендується для студентів, аспірантів, наукових працівників, викладачів вищих медичних навчальних закладів, лікарів.

©МОЗ України, 2022

нерву, сенсоневральна туговухість, аномалія розвитку нирок, наявність психіатричних та гастроінтестинальних розладів; результати лабораторних досліджень (високий рівень HbA1C, зниження рівня С-пептиду, лабораторні ознаки нецукрового діабету та порушення клубкової фільтрації) у сукупності з результатами генетичного тестування: виявлена мутація гена WFS1 у батька та дитини, наявність великих та малих діагностичних критеріїв, результати динамічного спостереження та молекулярно – генетичного дослідження дитині було встановлено клінічний діагноз: синдром Вольфрама.

Висновки. Діагностика синдрому Вольфрама потребує часу та опізнаності критеріїв діагностики цього захворювання. Знання даного синдрому і своєчасна діагностика є важливим для покращення діагнозу та забезпечення вчасного генетичного консультування для членів сім'ї.

Л.І.Вакулєнко, О.С.Бабінська, Ю.Д.Михайлова
**АНАЛІЗ СІМЕЙНОГО ВИПАДКУ СИНДРОМУ ГУРЛЕРА,
 ТЯЖКОГО ПРОЯВУ МУКОПОЛІСАХАРИДОЗУ І ТИПУ У
 ДІТЕЙ**

Дніпровський державний медичний університет,
 кафедра педіатрії 2

Мукополісахаридози (МПС) є групою рідкісних лізосомних хвороб накопичення, викликаних генетичними дефектами. Через непомітний початок та обмеження чутливих лабораторних показників пізня діагностика МПС є досить поширеною.

Мета: проаналізувати сімейний випадок синдрому Гурлера, тяжкого прояву МПС І типу у дітей.

Матеріали та методи: досліджено два випадки МПС І типу: у дівчинки 4-х років та хлопчика 2-х років з однієї родини, які знаходились під спостереженням у відділенні високоспеціалізованої допомоги КП «Дніпропетровська обласна дитяча клінічної лікарня» ДОР» (ДОДКЛ) протягом одного року.

Результати. З анамнезу відомо, що діти народились від спорідненого шлюбу (батько та мати-двоюрідні брат та сестра). Пологи пройшли в строк, фізичний розвиток обох дітей при народженні відповідав гестаційному віку. З перших місяців життя у дітей спостерігалась затримка психо-моторного розвитку, часті бронхіти, пневмонії, пупкова кіла, з приводу чого діти постійно лікувались за місцем проживання, але діагноз встановлено не було. До ДОДКЛ батьки вперше звернулись у віці дівчинки 2 роки, хлопчика-10 місяців зі скаргами на ускладнене носове дихання, постійний нежить, кашель, та епізоди нічних апное, затримку фізичного та психо-моторного розвитку.

Під час об'єктивного обстеження обох дітей перш за все звертали на себе увагу затримка фізичного та психо-моторного розвитку, ознаки гарголізму- грубі риси обличчя, жорстке, як пакля, волосся, нависаючий лоб, впаде перенісся, розгорнуті широкі ніздрі, потовщені губи, відкритий рот, великий язик, деформовані вушні раковини, брахідактилія. На фоні смаглявих шкірних покривів на спині виявлялись вроджені темні «монгольські» плями. Визначалась тугоорухливість суглобів верхніх та нижніх кінцівок. У дівчинки виявлявся парез м'якого піднебіння.

З підозрою на МПС дітей обстежили та скерували на консультацію до генетика до центру орфанних захворювань Національної Дитячої Спеціалізованої лікарні ОХМАТДИТ м.Києва. Була проведена ферментодіагностика - виявлене різке зниження активності α -ідурунідази, на підставі чого обом дітям встановлено діагноз «Спадкове порушення обміну речовин з групи лізосомальних хвороб накопичення: мукополісахаридоз І типу, з найбільшою імовірністю, за клініко-фенотипічними даними, варіант Гурлер». Були надані рекомендації пожиттєвої ферментозамісної терапії препаратом

Лоранідаза (Альдурозім) в дозі 100 Од/кг один раз на тиждень. Діти одразу ж почали отримувати лікування. Але згодом ферментозамісна терапія проводилась нерегулярно, іноді внаслідок відсутності препарату у лікарні, частіше- через брак можливості у батьків привозити дітей до лікарні щотижня.

З початком проведення терапії в обох дітей спостерігалась позитивна динаміка у психо-моторному та фізичному розвитку, але у хлопчика вона була більш значною через раніше встановлений діагноз та раніше розпочате лікування. Для хлопчика перспективним методом лікування є трансплантація кісткового мозку.

Висновки.

1. Першими ознаками, на які треба звернути увагу лікарю при підозрі на МПС І типу, є затримка фізичного розвитку, в поєднанні з частими респіраторними захворюваннями та ознаками гарголізму, які поступово формуються у дитини.

2. При першій підозрі на орфанне захворювання з порушенням обміну кислих глікозаміногліканів дитину необхідно негайно скерувати на консультацію до генетика.

3. Вчасність діагностики та початку ферментозамісного лікування, а також його регулярність, визначають прогноз захворювання. У випадку недотримання цих умов МПС І типу невпинно прогресує, призводячи до тяжких необоротних наслідків.

О.Ю.Оболонська¹, І.А.Ліхачова², О.В.Коврига¹,
 Д.О.Бойко¹

**ДОДАТКОВІ РИЗИКИ РОЗВИТКУ РЕТИНОПАТІЇ У
 НЕДОНОШЕНИХ ДІТЕЙ**

1 – Дніпровський державний медичний університет,
 кафедра педіатрії 2

2 –КЗ «Дніпровська обласна дитяча клінічна лікарня» ДОР»

За даними ВООЗ 11,1% усіх пологів у світі є передчасними. В Україні ця цифра сягає 6-8%. Перехід на нові критерії реєстрації перинатального періоду зумовив збільшення питомої ваги недоношених дітей, які перебувають в умовах інтенсивної терапії та потребують агресивних методів лікування [1].

Одним з ускладнень лікування та проявів незрілості є ретинопатія недоношених[2].Ретинопатія недоношених (РПН) реєструється у 21-47 % недоношених народжених в терміні гестації від 27 до 28 тижнів, і у 80% новонароджених – до 28 тижня гестації на 3 тижні життя . Профілактика РПН є вкрай важливою з точки зору поліпшення результатів лікування [3]. Найбільш вивченими факторами розвитку РПН є сепсис і внутрішлюнчкові крововиливи, бронхолегенева дисплазія. Особливо впливає потреба в кисневій терапії (що є пов'язаними між собою факторами) [4,5]Але при всіх однакових умовах виходжування немає чіткої залежності, що говорить про наявність інших факторів, які впливають на розвиток РПН. Лікування РПН є вкрай важким та малоефективним, особливо на пізніх стадіях[6].

Мета дослідження. Вивчення факторів розвитку РПН на підставі аналізу анамнезу захворювання у недоношених новонароджених.

Матеріали та методи. Відкрите, одноцентрове, ретроспективне, стратифікаційне дослідження. Було вичено 50 історій дітей які проходили лікування в ВАІТН ОДКЛ у 2019-2021 році. Група І - 29 недоношених зі строком гестації 28- 34 тижні з ретинопатією (з них 20 з РПН 1-2 стадією, 9 з ретинопатією 3-4 стадії), ІІ група 21 недоношена дитина зі строком гестації 28- 34 тижні без ознак ретинопатії. Досліджувались клініко-анамнестичні дані (вага, діагноз, строк гестації, анамнез матері та ін). Статистичні методи (рангові кореляції, метод квадратів). Критерієм виключення були сепсис новонародженого,

гідроцефалія, вади розвитку, строк гестації менше 28 тижнів. Діти з V стадією ретинопатії не зустрічалися.

Гестаційний вік в середньому складав $32,9 \pm 0,22$ тижнів. В I групі гестаційний вік складав $31,6 \pm 1,93$ тижнів, в II групі $31,8 \pm 2,28$ тижнів. Найбільша кількість дітей мали гестаційний вік 30-33 тижні. Середня маса тіла при народженні була $1898,2 \pm 56,55$ г. В I групі маса тіла була $1937,8 \pm 552$ г, в II групі - $1856,5 \pm 424,63$ г. Тобто групи були репрезентативні за вагою та терміном гестації. Не було відмінностей в оцінці за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилині між досліджуваними групами. В I групі оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині складала $6,1 \pm 1,28$ балів, в II - $5,7 \pm 1,21$ балів. Респіраторний дистрес-синдром спостерігався у 75,7% дітей, асфіксія під час пологів - у 13,5%, внутрішньоутробна інфекція - у 10,8% дітей. Частота даних захворювань між групами обстежених статистично не відрізнялася.

За допомогою статистичних методів було виявлено найбільш впливові фактори ризику розвитку РПН. Так наявність ретинопатії значуще корелює зі строком гестації менше 34 тижнів ($p=0,64$, $p<0,001$), потребою в дотації кисню $\geq 40\%$ ($p=0,59$, $p<0,001$), бронхолегеневою дисплазією ($p=0,34$, $p<0,01$), сепсисом ($p=0,59$, $p<0,001$), внутрішньошлунковими крововиливами ($p=0,56$, $p<0,001$), ускладненим материнським анамнезом ($p=0,56$, $p<0,001$).

Було виявлено вагомий, але найменш детально описаний в літературі – обтяжений материнський анамнез.

Наявність інфекції у матері у 3,8 рази ($p<0,01$) збільшувала шанс розвитку ретинопатії III – IV ст у дитини. I у 5 разів ($p<0,01$) I-II ст.

Такі фактори як хронічні вогнища інфекції у матері найчастіше зустрічались у дітей з важкою ретинопатією. Також впливали TORCH інфекції, гострі респіраторні інфекції протягом вагітності.

Хронічні вогнища інфекції найчастіше були представлені хронічними аднекситами, рекуррентними захворюваннями ЛОР органів, та хронічними захворюваннями травного тракту.

З захворювань TORCH інфекції у 75% випадків виявлявся хламідіоз та у 30% загострення герпетичної інфекції. Серед захворювань гострими респіраторними інфекціями переважали риносінциціальний вірус, грип.

Висновки. Наявність обтяженого материнського анамнезу у вигляді хронічних вогнищ інфекції є вагомим фактором ризику розвитку ускладнень у дитини, в тому числі і ретинопатії. Наявність інфекції у матері у 3,8 рази ($p<0,01$) збільшувала шанс розвитку ретинопатії III – IV ст у дитини. I у 5 разів ($p<0,01$) I-II ст. Лікування хронічних вогнищ інфекції є обов'язковим профілактичним заходом розвитку ретинопатії у недоношених новонароджених.

О.О.Полякова, В.І.Чергінець, К.В.Скрябіна.

ЕФЕКТИВНІСТЬ СПЕЦИФІЧНОЇ ВАКЦИНАЦІЇ ТА ДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ ІНДИВІДУАЛЬНОГО І КОЛЕКТИВНОГО ЗАХИСТУ COVID-19 В СТУДЕНТСЬКИХ ГРУПАХ

Дніпровський державний медичний університет,
кафедра пропедевтики дитячих хвороб

Актуальність: на сьогодні у світі зареєстровано більше 514 млн. заражень інфекції SARS-CoV-2. COVID-19 було виявлено майже у 5 млн. українців, з яких 112 тисяч людей померли. Тяжкі наслідки пандемії COVID-19 визначаються не тільки високою летальністю, а також ускладненнями після перенесеної хвороби з боку нервової та серцево-судинної системи, загострення супутніх захворювань.

Введення карантинних заходів в країні вплинуло на суспільне життя, психічне та фізичне здоров'я всіх груп

населення. Загальнонаціональне закриття навчальних закладів негативно вплинуло на понад 91% студентів у світі. Домашнє ув'язнення молодих людей пов'язане з невизначеністю та тривогою, знизило рівень їхньої освіти, фізичну активність та можливості для соціалізації.

Мета: оцінити запобіжні заходи, профілактики та вакцинації (в залежності від виду вакцини та кратності отримання), їх вплив на зараження та перебіг захворювання.

Матеріали та методи. Для досягнення поставленої цілі був створен опитувальник за допомогою GoogleForms. Опитування проводилося серед студентів вищих навчальних закладів м. Дніпра. Кількість респондентів становила 105 осіб. Питання анкети були розподілені на такі групи: щодо інформованості студентів про заходи запобігання COVID-19, щодо стану здоров'я, щодо щеплення проти COVID-19 та саме захворювання (а саме самопочуття, вид підтвердження діагнозу та інші питання). Аналіз отриманих даних проводився за допомогою методів описової та аналітичної біостатистики із використанням програмного забезпечення Jupyter Notebook software (<https://jupyter.org/install>).

Результати. Отримані дані свідчать про те, що серед заходів запобігання захворювання 95,5% студентів надають перевагу захисним маскам або респіраторам, 76,2% опитаних використовують дезінфікуючі засоби, 53,3% мийть руки з милом протягом 20 секунд і більше. У разі рідше, опитані уникають рукошляків і поїздок у громадському транспорті – 12,4 відсотка опитаних та надягають одноразові рукавички лише 5,7% осіб.

Серед найпоширеніших джерел отримання інформації, студенти обирали новини на просторі інтернету (частіше у соцмережах) – 84,8% опитаних, в три рази студенти рідше звертаються для отримання інформації в медичні заклади, власне і до сімейного лікаря (28,6% респондентів).

З початку епідемії в Україні у 43,8% студентів були симптоми та підтверджений діагноз, у 65,9% – була підозра на захворювання, але обстеження не проводили, у 23% – була підозра на захворювання, але діагноз не підтвердився, у 10,6% - був підтверджений діагноз, але не було симптомів. Перехворіли 88,5% опитаних, з них у більшості були комбіновані симптоми, у 30,0% респондентів ніяких ускладнень не виникло, у 31,% було безсоння, дратівливість, тривога, погіршення пам'яті, у 28.% – задишка, кашель, почуття нестачі повітря, серцебиття, у 23.% – біль у кістках, м'язах, слабкість, скутість.

Більшість опитаних студентів (84%) були вакциновані. Після вакцинації першою дозою 6,25% осіб захворіли протягом місяця, протягом 1,5-3 місяців з двома дозами – 3,75%, протягом півроку з двома дозами – 7,5% студентів.

Серед не вакцинованих було 15 осіб, які і не захворіли, скоріш за все, тому що як мали набутий імунітет після захворювання на COVID-19. Вакцину BioNTech, Pfizer обрали 50,5% вакцинованих студентів. Серед них протягом півроку не захворіли 86,7% студентів, захворіли 13,2%. Для щеплення CoronaVac майже п'ята частина респондентів, а саме 19,0%. Серед вакцинованих протягом півроку не захворіли 90% молоді, захворіли лише 10,0%.

Перевагу вакцині Moderna надали 10,4% респондентів, серед них було майже однакові показники серед захворілих та здорових протягом півроку (45,4% та 54,4% відповідно).

Вакциною Oxford, AstraZeneca було провакциновано 5,7% осіб, не захворіли протягом півроку 83,3% вакцинованих, але це ті котрі отримали дві дози вакцини, лише один студент (16%) з однією дозою захворів протягом місяця.

Порівняння впливу вакцин на захворюваність та перебіг хвороби показало, що найменш ефективною є вакцина Moderna, оскільки в результаті її застосування 45,5% респондентів захворіли протягом півроку після вакцинації. Найбільш ефективною серед опитаних є