



Міністерство охорони здоров'я України  
Тернопільський національний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського  
Міністерства охорони здоров'я України



**НТС**

Наукове товариство студентів ТНМУ  
Рада молодих вчених ТНМУ

# XXIV

**МІЖНАРОДНИЙ  
МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС  
СТУДЕНТІВ І  
МОЛОДИХ ВЧЕНИХ**

**МАТЕРІАЛИ КОНГРЕСУ**

**2020**  
**Тернопіль**  
**Україна**

**13-15**  
**КВІТНЯ**

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ  
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH OF UKRAINE  
I. HORBACHEVSKY TERNOPIL NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

# XXIV МІЖНАРОДНИЙ МЕДИЧНИЙ КОНГРЕС СТУДЕНТІВ ТА МОЛОДИХ ВЧЕНИХ

THE 24th INTERNATIONAL  
MEDICAL CONGRESS OF STUDENTS AND YOUNG SCIENTISTS



УКРМЕДКНИГА  
ТЕРНОПІЛЬ 2020

**Відповідальний редактор:**

В. о. ректора Тернопільського державного медичного університету  
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України  
д-р мед. наук, проф. А. Г. Шульгай

**Заступник відповідального редактора:**

проф. І. М. Кліщ

**Редакційна колегія:**

*Канд. мед. наук, доц. Л. П. Мазур  
Асист. А. І. Дуб*

**Студенти:**

*Рябоконт М., Косман О., Каліш М., Болюх О., Левчук П., Бандрівська Ю.,  
Швець Т., Дзюба К., Кубик Ю., Мороз А., Ковальчук Ю., Татарин Я., Струк М.,  
Ванкевич С., Паньків І., Побігушка О., Петренко В., Агеєва М., Петрунько Т.,  
Грунтенко Я., Жулінський Н., Попович Т., Надкевич А., Юріїв В., Волченко С.,  
Чолач О., Шкробецька Ю., Буратинський В., Волченко С., Лиса А., Мазур Л.,  
Дроботій Л., Лук'яненко М., Семерез М., Фецишин Л., Смалю Ю.*

не змінена. Лабораторні обстеження: в загальному аналізі крові – лейкоцитоз (12,12\*10<sup>9</sup>/л), підвищення ШОЕ (40 мм/год), тромбоцитоз (509 Г/л), гемоглобін (101 г/л). Біохімічний аналіз крові без змін. Ревмопроби: С-реактивний білок – 40,7 мг/л (норма до 5,0 мг/л), що підтверджує наявність гострої фази запалення. АСЛ-О – 500 МО/мл (норма до 250 МО/мл), що є антитілом до стрептолізину бета-гемолітичного стрептококу групи А і є маркером сенсibiliзації організму до стрептококових антигенів. Ревматоїдний фактор - <10 МО/мл (норма до 14,0 МО/мл), Сіалові кислоти - <2,0 ммоль/л (норма до 2,5 ммоль/л), що також виключає можливість розвитку ревматоїдного артриту. ІФА(В. burgdorferi) – антитіла IgM-176,79 Од/мл., антитіла IgG-72,2 Од/мл.

**Імуноблот:** -білок VlsE(+), P39 (VmpA)(+), P25 (OspC)(+), P41(+). УЗД: ознаки артриту лівого кульшового суглобу, ознаки синовіїту і бурситу лівого колінного суглобу та ознаки тендопатії сухожилля розгинача 4-5 пальця, бурситу зв'язок латерального зв'язкового комплексу лівого г/ступневого суглобу.

**Висновок:** Диференційна діагностика була проведена за основним артритичним синдромом із такими захворюваннями, як ревматоїдний артрит, реактивний артрит, остеоартроз. Виставлений клінічний діагноз: Хвороба Лайма, пізня десимінована стадія. Хронічний артрит лівого колінного суглобу з міалгічним синдромом. Дефіцитна анемія легкого ступеня.

*Гарбуз Анна, Нікітін Григорій*

### КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З НЕФРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Кафедра педіатрії № 2

Науковий керівник: канд. мед. наук, асист. О. О. Морозова  
Харківський національний медичний університет  
м. Харків, Україна

**Актуальність.** Недиференційована дисплазія сполучної тканини (ДСТ) зустрічається у 42-58% дітей у популяції. Всі діти з вадами розвитку сечовивідної системи мають недиференційований варіант, котра є основою їх формування. У 39% дітей, що мають 5 або більше фенотипових ознак недиференційованої ДСТ, згодом діагностують захворювання нирок.

**Мета роботи.** Визначити клінічне значення фенотипових ознак дисплазії сполучної тканини та обміну колагену в дітей з нефрологічною патологією.

**Матеріали та методи.** Обстежено 56 дітей з нефрологічною патологією віком від 2 до 17 років, серед яких 36 пацієнтів з поодинокими ознаками ДСТ (I група) та 20 дітей з ознаками недиференційованої ДСТ (II група). Проаналізовано фенотипові особливості обстежених, рівень глікозаміногліканів в крові та вільного оксипроліну сечі. Статистичний аналіз проводили з використанням STATISTICA Version 7.

**Результати.** Виявлено підвищення рівню глікозаміногліканів в крові та вільного оксипроліну в сечі усіх обстежених пацієнтів відповідно до нормативних показників ( $p < 0,05$ ). Медіана рівню глікозаміногліканів була вище в обстежених II групи (13,11

проти 11,21,  $p < 0,05$ ). Медіана вільного оксипроліну в сечі була вище у пацієнтів II групи (1,92 проти 1,48,  $p < 0,05$ ). У пацієнтів II групи частіше спостерігалася дисплазія нирок за даними ехоскопії ( $p = 0,024$ ).

**Висновки.** Визначено, що всі пацієнти з нефрологічною патологією мають симптоми дисплазії сполучної тканини. Ехоскопічно дисплазія нирок частіше спостерігається в пацієнтів з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини. Встановлено істотне підвищення рівнів глікозаміногліканів в крові та сечової екскреції вільного оксипроліну в дітей з ознаками недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

*Гніда Наталія*

### УНИКАЮЧА ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЗАТРИМКОЮ ПСИХО-МОВНОГО РОЗВИТКУ

Кафедра педіатрії № 2

Науковий керівник: асист. Л. Б. Браткова  
Одеський національний медичний університет  
м. Одеса, Україна

Унікаюча харчова поведінка або розлад вибіркового харчування в дітей-стан, ігнорування дитиною харчових продуктів за різними ознаками і якостями, виділений в окрему нозологічну одиницю в DSM-5 та МКХ-11. Раціон дітей складається з декількох продуктів харчування, що призводить до мікроелементного, вітамінного та енергетичного дефіциту організму, затримки росту маси тіла, виникненню органічних захворювань. Виникає потреба у використанні харчових добавок та ентерального харчування.

**Матеріали і методи:** діти з затримкою психомовного розвитку і розладом аутистичного спектру, у яких спостерігався розлад унікаючої харчової поведінки ( $n=98$ ) у віці від 2 до 5 років. Всі діти обстежені загальноклінічно, консультовані невропатологом і психіатром, з використанням тестів RCDI та АТЕС. Встановлено, що маніфестація унікаючої харчової поведінки, яка відбулася у віці двох років, збігається з появою чітких клінічних проявів затримки психомовленевого розвитку у 60% обстежених та вираженими проявами аутичного спектру у 70% дітей і є приводом первинного звернення до фахівців та моделювання корекційної схеми.

Клінічні прояви затримки психомовленевого розвитку корелюють з важкістю і вираженістю проявів унікаючої харчової поведінки ( $r=+0,65$ ) та розладом спектру аутизму ( $r=+0,75$ ) та найбільш виражені у віці 2-3 років. Якщо в цьому віці використовується максимальний набір корекційних заходів (психотерапія, поведінкова терапія, медикаментозна корекція та ін.) до віку 5 років у 60% досягається значний успіх корекції унікаючої харчової поведінки.

Комплексна корекційна терапія у дітей з унікаючою харчовою поведінкою, затримкою психомовного розвитку та порушенням спектру аутизму, розпочата якомога раніше, дозволяє досягти нівелювання основної симптоматики у 60% дітей до віку 5 років. Натомість зневаження проявів унікаючої хар-

чової поведінки веде до закріплення патологічної домінанти та виникнення соматичних захворювань у 50% дітей.

*Дзюба Катерина*

### ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПЕРВИННИМ ІМУНОДЕФІЦИТОМ (СИНДРОМ НІЙМЕГЕНА)

Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. Т. В. Гаріян

Тернопільський національний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Первинні імунodefіцити як група захворювань була ідентифікована менше півстоліття тому і досі залишаються відносно новою галуззю в медицині. В їх числі - синдром Ніймегена (NBS), який вважається слав'янською мутацією, що частіше зустрічається на заході України. Рання діагностика та реєстрація випадків є важливими з огляду на своєчасне проведення патогенетично-обґрунтованої терапії, запобіганню розвитку тяжких і необоротних змін, суттєвого покращення якості життя та прогнозу пацієнтів.

**Мета:** Дослідити ознаки патології у даних пацієнтів, встановити зв'язок між особливостями перебігу та клінічними проявами, а також вивчити та фізичний розвиток дітей з NBS.

**Матеріали та методи:** Матеріалом для створення реєстру була медична документація пацієнтів: карти диспансерного спостереження, історії розвитку дитини, медичні карти дитини. Проведено оцінку фізичного розвитку 6 дітей з NBS. Оцінку фізичного розвитку проводили відповідно до норм запропонованих ВООЗ (наказ № 149 2008 р. МОЗ України) у дітей до 5 років та центильних графіків росту та маси (наказ № 254 2006 р. МОЗ України) у дітей старше 5 років.

**Результати:** В групі з 6 пацієнтів з NBS переважали хлопчики (5 осіб) проти дівчат (1 особа). Вік дітей становить від 3 місяців до 10 років. 5 пацієнтів від II вагітності. Маса тіла при народженні коливалась від 2600 г до 3100 г; окружність голівки від 27 см до 31 см. У всіх дітей спостерігалася мікроцефалія та затримка фізичного розвитку, в особливо важких випадках затримка психомоторного та мовленевого розвитку, ураження дихальної системи. Генетичний анамнез ускладнений по онкопатології. Всі випадки є генетично підтвердженими.

**Висновки:** Отож, у дітей спостерігаються ознаки характерні для синдрому Ніймегена, а саме інфекційний синдром (часті інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів), стигми дизембріогенезу, відхилення у масі та рості – затримка фізичного розвитку. Враховуючи поширення даної патології в Україні слід підвищувати обізнаність та настороженість лікарів, інтернів та студентів медичного факультету щодо NBS, особливо щодо провідних проявів – мікроцефалії та затримки фізичного розвитку.

*Іваник Христина, Бабій Світлана*

### ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ ЧИ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ?

Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією

Науковий керівник: канд. мед. наук, доц. М. І. Кінаш

Тернопільський національний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

**Вступ:** Проблема коліту у дітей на сьогодні є надзвичайно актуальною: збільшується поширеність та існують труднощі в ідентифікації їх етіології, зокрема, залишається складною диференційна діагностика виразкового і алергічного коліту, від встановлення причини яких залежить специфічність лікування.

**Мета роботи:** визначити причину коліту у хлопчика 8 років.

Нами проаналізовано історію хвороби хлопчика 8 років, який поступив на стаціонарне лікування в ТОДКЛ зі скаргами на наявність прожилків крові у калі, підвищену тривожність, знижений апетит. Дані скарги виникли влітку на фоні психоемоційного напруження. Лікувався амбулаторно у гастроентеролога, стан покращився, але з початком занять у школі знову з'явилися часті кров'янисті випорожнення, був госпіталізований. Дані колоноскопії: ерозивний проктосигмоїдит; гістологічного дослідження біоптату слизової оболонки товстої кишки: слизовий та підслизовий шари в багатьох місцях густо інфільтровані плазматичними клітинами, еозинофілами, лімфоцитами, макрофагами з явищем деструкції деяких крипт, з наявністю мікроабсцесів, формуванням ерозій, фібриноїдних змін колагенових волокон та стінок судин. Рівень кальпротектину в калі в межах норми (11,37 мкг/г). Загальний рівень IgE 672 МО/л. Діагностовано алергічний коліт. Хлопчик отримав комплексне лікування згідно рекомендацій МОЗ України, в задовільному стані виписаний додому. Через 3 місяці після виписки, при вживанні твердого сиру, у пацієнта знову з'явилися розлади випорожнень. Рівень IgE до коров'ячого молока 552 МО/л, що дало змогу встановити причину коліту.

**Висновок:** у дітей з колітом при нормальному рівні кальпротектину в калі, необхідно виключити алергічну природу захворювання.

*Ковальчук Наталія*

### КОМОРБІДНІ СТАНИ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ

Кафедра дитячих хвороб з дитячою хірургією

Науковий керівник: д-р мед. наук, проф. О. Р. Боярчук

Тернопільський національний медичний університет

імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

м. Тернопіль, Україна

**Актуальність:** Ювенільний ідіопатичний артрит є найчастішою хронічною ревматичною хворобою у дітей і часто поєднується з іншими патологічними станами.

**Мета:** встановити частоту і варіанти коморбідних станів у дітей з ювенільним ідіопатичним артритом (ЮІА).

<i>Гарбуз Анна, Нікітін Григорій</i> <b>КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ДІТЕЙ З НЕФРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ</b>	<b>116</b>
<i>Гніда Наталя</i> <b>УНИКАЮЧА ХАРЧОВА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ З РОЗЛАДОМ АУТИСТИЧНОГО СПЕКТРУ ТА ЗАТРИМКОЮ ПСИХО-МОВНОГО РОЗВИТКУ</b>	<b>116</b>
<i>Дзюба Катерина</i> <b>ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДІТЕЙ З ПЕРВИННИМ ІМУНОДЕФІЦИТОМ (СИНДРОМ НІЙМЕГЕНА)</b>	<b>117</b>
<i>Іваник Христина, Бабій Світлана</i> <b>ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ ЧИ ХАРЧОВА АЛЕРГІЯ?</b>	<b>117</b>
<i>Ковальчук Наталія</i> <b>КОМОРБІДНІ СТАНИ У ДІТЕЙ З ЮВЕНІЛЬНИМ ІДІОПАТИЧНИМ АРТРИТОМ</b>	<b>117</b>
<i>Кузяк Михайло</i> <b>FINCA SYNDROME. КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК</b>	<b>118</b>
<i>Лабівка Оксана</i> <b>ВПЛИВ ПРОГРАМИ ІНДИВІДУАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ ТА ОЦІНКИ РОЗВИТКУ ДЛЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ НА ВИХОДЖУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ</b>	<b>118</b>
<i>Луць Олена, Косінська Леся</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ БЛОХА– СУЛЬЦБЕРГЕРА У ДИТИНИ</b>	<b>119</b>
<i>Міхралієв Рустам</i> <b>ПОКАЗНИКИ ПОРУШЕННЯ ПУРИНОВОГО ОБМІНУ В ДІТЕЙ ІЗ УРАТУРІЄЮ</b>	<b>119</b>
<i>Мищанчук Віктор</i> <b>ОЦІНКА ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ІМУНОПРОФІЛАКТИКИ</b>	<b>120</b>
<i>Оверчук Анастасія</i> <b>ЗНАЧЕННЯ ЕОЗИНОФІЛЬНОГО КАТІОННОГО БІЛКА ПРИ БРОНХІОЛІТІ У ДІТЕЙ МАЛЮКОВОГО ВІКУ</b>	<b>120</b>
<i>Расевич Лілія</i> <b>ПЕЛЬГЕРІВСЬКА АНОМАЛІЯ У ДИТИНИ ІЗ ХРОНІЧНИМ ЗАХВОРЮВАННЯМ НИРОК</b>	<b>120</b>
<i>Ржевуцька С., Томчук Т.</i> <b>СТРУКТУРА ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ У ПІДЛІТКІВ,</b>	<b>121</b>
<i>Сатурська Уляна, Сатурський Остап, Рудь Анастасія</i> <b>ВПЛИВ ВІКУ ТА ОСВІТИ НА РІВЕНЬ СТРЕСУ БАТЬКІВ, ДІТИ ЯКИХ ЗНАХОДИЛИСЬ НА ЛІКУВАННІ У ВІТН</b>	<b>121</b>
<i>Туницька Олена</i> <b>ГРИП І ВАКЦИНАЦІЯ</b>	<b>122</b>
<i>Чорномидз Юрій</i> <b>КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК СИНДРОМУ FINCA</b>	<b>122</b>
<i>Шульгай Анна-Марія</i> <b>ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК ОЖИРІННЯ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ</b>	<b>123</b>