

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

**104-ї підсумкової науково-практичної конференції
з міжнародною участю
професорсько-викладацького персоналу
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ
06, 08, 13 лютого 2023 року**

Конференція внесена до Реєстру заходів безперервного професійного розвитку,
які проводитимуться у 2023 році №5500074

Чернівці – 2023

При цьому, існує потреба у підборі манжетки відповідно до віку дитини, вимірюванні зросту з подальшою оцінкою його вікового перцентильного значення, а при оцінці результатів АТ необхідно використовувати набір перцентильних таблиць чи графіків. За нормальний АТ приймається систолічний (САТ) і/або діастолічний (ДАТ) АТ, рівень якого є нижчим 90-ї перцентилі популяційного розподілу АТ відповідно до статі, віку та зросту (в свою чергу попередньо оціненого за віко-статевими нормативами). Якщо рівень САТ або ДАТ вище 95 перцентилі і визначається під час трьох або більше різних вимірювань, можна говорити про наявність у дитини артеріальної гіпертензії (АГ). Крім того, при вимірюваннях слід виключити гіпертензію «білого халату» - емоційну реакцію дитини на маніпуляцію. У дітей частіше реєструють вторинну гіпертензію, яка виступає симптомом якогось захворювання (хвороб нирок, порушення обміну речовин тощо). Первинна артеріальна гіпертензія діагностується значно рідше і часто випадково, або при профілактичних оглядах.

Мета дослідження. Метою роботи було встановити частоту підвищеного АТ у школярів під час профілактичного огляду.

Матеріал і методи дослідження. Було проведено скринінгове обстеження 182 школярів (вік 10-14 років) сільської та міської шкіл. Рівень АТ у дітей визначали тричі, з інтервалом у 3 хв між вимірюваннями, над плечовою артерією лівої руки за допомогою автоматичного тонометра фірми Omron Healthcare (Японія).

Результати дослідження. Оцінка АТ за перцентильними таблицями показала, що у кожної п'ятої дитини (39 дітей - 21,4%) САТ або ДАТ були вищими віко-статєво-зростового 95-го перцентилі, при цьому, у дітей не було скарг і клінічних проявів підвищеного АТ. Підвищення тільки САТ було 20 (51,3%) дітей, тільки ДАТ у 7 (17,6%) осіб і підвищені обидва показники - у 12 (30,8%) дітей. В групі дітей з підвищеним САТ при повторних вимірювань із добовим проміжком у 4 дітей було встановлено нормальний рівень тиску, що може бути ознакою гіпертензії «білого халату» або лабільної АГ. В той же час у дітей з підвищеними показниками САТ та ДАТ такого ефекту не встановлено.

Висновки. Для ранньої діагностики АГ у школярів слід включати у програму медичного спостереження за дітьми, поряд із стандартним тестом Руф'є, вимірювання АТ з його оцінкою за відповідними віко-статєвими нормативами.

Плаксивий О.Г.

ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ГНІЙНОГО РИНОСИНУСИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1-ГО ТИПУ

Кафедра дитячої хірургії та отоларингології

Буковинський державний медичний університет

Вступ. За сучасними уявленнями, у хворих на хронічні гнійні риносинусити (ХГРС) з супутнім цукровим діабетом (ЦД) 1-го типу формується дисбіоз слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і товстої кишки та виражена ендогенна інтоксикація.

Мета дослідження. підвищити ефективність лікування хворих на хронічний гнійний риносинусит з цукровим діабетом 1-го типу.

Матеріали і методи дослідження. Під нашим спостереженням було 98 хворих у віці від 19 до 42 років. У 78 з них встановлено діагноз ХГРС з ЦД 1-го типу середнього ступеня тяжкості в стадії загострення, з яких 40 хворих отримували стандартний курс терапії з включенням в комплекс лікування пробіотичного препарату (основна група), 38 хворих отримували аналогічний стандартний курс терапії без пробіотика (контрольна група). Загострення ХГРС без супутньої патології діагностовано у 20 хворих (група порівняння).

Результати дослідження. У хворих на ХГРС, що розвинувся на фоні ЦД 1-го типу середньої тяжкості поглиблюється товстокишковий дисбіоз, основним чином до II (78%)-III (22%) ступеню, за рахунок елімінації та вираженого дефіциту автохтонних облигатних біфідо- і лактобактерій та зростання популяційного рівня факультативних умовно патогенних анаеробних та аеробних мікроорганізмів ($7,83 \pm 0,39$ - $8,97 \pm 0,27$ ІgКУО/мл). При ХГРС без супутньої патології

у більшості (15 хворих (75%)) також формується товстокишковий дисбіоз I ступеню, у 1 (5%) - I-II ступеню, а в 4 хворих (20%) дисбіотичних змін не виявлено.

Проведене комплексне лікування ХГРС у хворих з ЦД 1-го типу із застосуванням пробіотика сприяє зростанню у складі товстокишкового мікробіоценозу популяційного рівня бактерій роду *Bifidobacterium* на 29,19%, *Lactobacillus* на 16,08%, а роль цих бактерій у формуванні мікробіоценозу біотопу зростає у 4,8 та у 3,5 рази відповідно. До проведення комплексної терапії у всіх 40 хворих основної групи був встановлений дисбіоз, основним чином II-III ступеня, після проведеної терапії із застосуванням пробіотика. Після проведеної комплексної терапії із включенням пробіотика - у 10 (25%) у хворих залишався дисбактеріоз/дисбіоз у I-II ступеню. Таким чином, розроблена схема комплексного лікування з включенням мультипробіотичного препарату виявилась ефективною у відновленні мікробіоценозу порожнини товстої кишки у 50% хворих, в інших хворих рівень дисбіотичних порушень знизився: основним чином до рівня I ст. у 16 (40%) хворих і II ст. - у 4 (10%) хворих. Включення в лікування пробіотика поряд з прискоренням досягнення клінічної ремісії захворювання сприяє зниженню рівня МСМ до $(0,39 \pm 0,03 \text{ ум.о.})$, тобто до верхньої межі норми, що свідчить про зниження синдрому ендогенної інтоксикації у даних хворих

Отримані результати лікування з системним використанням пробіотика у комплексній терапії хворих на ХГРС з ЦД 1-го типу за клінічними даними, бактеріологічними показниками та рівнем МСМ достовірно показують ефективність його лікувальної дії при комплексному використанні не тільки за рахунок безпосереднього впливу на умовно патогенну мікрофлору, а й за рахунок зниження показників ендогенної інтоксикації та стимуляції факторів неспецифічної резистентності.

Висновки. Одержані результати дають змогу обґрунтувати необхідність використання у комплексному лікуванні хворих на ХГРС з ЦД 1-го типу пробіотика, який сприяє відновленню імунної резистентності та, відповідно, підвищує ефективність лікування хворих з даною поєднаною патологією.

Сокольник С.О.

ШЛУНКОВІ КРОВОТЕЧІ В ДІТЕЙ: АРГОН-ПЛАЗМОВИЙ ГЕМОСТАЗ ТА ЙОГО ЕФЕКТИВНІСТЬ

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології
Буковинський державний медичний університет*

Вступ. Виразкова хвороба шлунка та/або дванадцятипалої кишки (ВХ) – одна з частих причин виникнення шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Зростання частоти виникнення ШКК серед дитячого населення в останні роки зумовлює актуальність проблеми їх діагностики, прогнозування, лікування та профілактики. Широке впровадження лікувальної ендоскопії в клінічну практику суттєво покращило показники хірургічного лікування хворих із ШКК. Так, застосування в якості ендоскопічного гемостазу відносно нового методу – аргон-плазмової коагуляції (АПК) в дорослих дозволило зменшити летальність пацієнтів із кровотечами виразкового генезу.

Мета дослідження. Оцінка ефективності застосування аргон-плазмової коагуляції в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч в дітей, хворих на виразкову хворобу.

Матеріали і методи дослідження. Ретельне комплексне клінічно-параклінічне дослідження проведено у 9 дітей із ШКК (F-I, ПА, ПВ), хворих на ВХ, віком 9-18 років (середній вік – $(14,2 \pm 3,6)$ років), з них 7 хлопчиків та 2 дівчинки. Всім дітям проведено зупинку кровотечі АПК з використанням електрохірургічного блоку ES 350 з аргонним модулем (EMED, Польща). Після завершення ендоскопічного гемостазу пацієнти отримували стандартну медикаментозну протокольну терапію. Оцінку ефективності запропонованого методу лікування проводили на основі досягнення стійкості гемостазу, розвитку рецидиву кровотечі, часу рубцювання виразкового дефекту. Динамічні езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС) виконували на 2, 7, 14, 28 добу після первинного огляду.