

**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**

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  $(0,39 \pm 0,03$  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 аргоним 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 езофагогастроуденоскопії (ЕФГДС) виконували на 2, 7, 14, 28 добу після первинного огляду.

**Результати дослідження.** Первинний ендоскопічний гемостаз обраним способом досягнуто у всіх 9 (100%) хворих. Проведення повторної ЕФГДС діагностувало стійкий гемостаз у 8 (88,9%) пацієнтів ( $t=4,95$ ,  $p<0,05$ ). 1 (11,1%) дитині з нестійким первинним гемостазом проведено повторний сеанс АПК. Це був хлопчик із виразкою великого розміру, що супроводжувалася ШКК FIA. Динамічне спостереження не виявило рецидивів кровотечі в жодної дитини. Ускладнень в результаті проведення АПК не було. Аналіз клінічно-ендоскопічної картини показав редукцію больового синдрому в середньому на  $(4,9\pm 0,6)$  день, диспепсичного – на  $(3,3\pm 0,4)$  день, інтоксикаційного – на  $(3,1\pm 0,3)$  день. При ЕФГДС на 28 добу у всіх дітей спостерігали загоєння виразкового дефекту.

**Висновки.** Ендоскопічна аргон-плазмова коагуляція в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч у дітей, хворих на виразкову хворобу, забезпечує остаточний гемостаз та зменшує ризик розвитку рецидивів кровотечі.

**Ярославський Р.О.**

## **МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ СУПРОВІД ПЕРЕД- І ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У ДІТЕЙ ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ХРОНІЧНОГО КОЛОСТАЗУ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Буковинський державний медичний університет*

**Вступ.** Успіх оперативних втручань на товстій кишці у дітей багато в чому залежить від якості передопераційної підготовки та післяопераційного лікування.

**Мета дослідження.** Розробити алгоритм передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації дітей, оперованих з приводу вроджених вад розвитку товстої кишки (ВВРТК).

**Матеріал і методи дослідження.** За період з 2012 по 2022 рік в хірургічному відділенні МДКЛ м Чернівці, прооперовано 46 дитини віком від 2 до 18 років з хронічним товстокишковим стазом неагангліозного генезу. Для оцінки ефективності запропонованого лікування діти були поділені на дві групи: I група (передопераційна підготовка та післяопераційне лікування традиційним способом) – порівняльна (21 дитина), II група (пропоноване вдосконалене лікування) – дослідна (25 дитини).

**Результати дослідження.** Безпосередню передопераційну підготовку проводили протягом 5-7 днів. Воно включало механічне очищення товстої кишки, дієту, медикаментозну підтримку. За 10 днів до операції вводили «Симбітер». Для усунення клінічних симптомів та біохімічних маркерів синдрому ендогенної інтоксикації застосовували метаболічний препарат «Дулмаксин». Для підвищення активності окисно-відновних процесів призначали вітаміни: аскорбінову кислоту, тіамін, передоксин, рибофлавін, фолієву кислоту у вікових дозах. Увечері напередодні операції та вранці після операції вводили цефтріаксон та орнігіл. Лікування в післяопераційному періоді базувалося на видаленні значної частини товстої кишки, тривалих маніпуляціях у рефлексогенній зоні малого тазу та промежини, необхідності адаптації організму дитини до нових фізіологічних умов існування товстої кишки. Усім дітям показана інфузійна та антибіотикотерапія, парентеральне харчування відповідно до віку та маси тіла дитини. Назогастральний зонд видаляли зі шлунка після нормалізації помірної перистальтики та евакуації кишкового вмісту (2-3 доби). При переході на ентеральне харчування призначають пробіотики. При відсутності стільця протягом 3 діб після операції для стимуляції перистальтики показаний прозерин. Вищевказаний комплекс лікувальних заходів позитивно впливає на відновлення перистальтики, появу випорожнень, зменшення больового синдрому та скорочує тривалість післяопераційної госпіталізації до 3-4 днів у дітей II групи. У всіх дітей у передопераційному періоді був енкопрез (16 дітей з доліхосигмою), незалежно від його наявності (чи відсутності), через місяць після операції проводили ендоректальний електрофорез.

**Висновки.** При резекції сегмента товстої кишки виникає необхідність пристосування організму дитини до нових фізіологічних умов та анатомічного існування товстої кишки, і є основою для вибору методів передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації дітей з ВВРТК. У передопераційному періоді дітям з ВВРТК доцільно проведення ретроградної та