



**Остапчук В.Г.**

## **КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ В ДІТЕЙ**

*Кафедра педіатрії та медичної генетики  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Актуальність проблеми виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) в педіатрії визначається значною поширеністю серед дитячого населення та тяжкістю перебігу, що потребує госпіталізації.

Метою дослідження було оцінити клінічні особливості перебігу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки у дітей.

Ретроспективно проаналізовано медичну документацію 32 дітей вперше виявленою ВХ, та 83 – повторно госпіталізованих в гастроентерологічне відділення обласної дитячої клінічної лікарні, м. Чернівці.

Аналіз структури показав, що у більшості осіб діагностовано ВХ ДПК - 115 дітей. В результаті проведення дослідження встановлено, що ВХ ДПК у дітей характеризувалася наявністю основного симптомокомплексу, який включав больовий (100 %), диспепсичний (83,5 %) та астеновегетативний (73,0 %) синдроми. У 108 осіб відмічали больовий синдром, а в 7 – без болю. У переважній більшості дітей біль носив ниючий, тупий характер – 82 осіб, переймоподібний у 15 осіб, колючий, пекучий у 6, а тільки 5 не могли охарактеризувати біль. Часто локалізувався біль в пілородуоденальній – 46 осіб, епігастральній ділянках – 32 особи. Рідше в пілородуоденальній та навколопупкової ділянках – 13 осіб, пілородуоденальній та епігастрій – 9 осіб, пілородуоденальній та правому підребр'ї – 4, пілородуоденальній та лівому підребр'ї – 1 та 3 дітей не могли локалізувати біль. Диспепсичний синдром із ВХ ДПК в дітей супроводжувався нудотою – 46 осіб, печією – 19, відрижкою – 17, метеоризмом – 12, зниженням апетиту – 18, блюванням -3, схильністю до закрепів -23, нестійкістю випорожнень -9.

Больовий та диспепсичний синдроми супроводжувалися головним болем у 82 дітей, що виникали переважно наприкінці дня. 48 хворих скаржилися на підвищену втомлюваність, 37 – на загальну слабкість, 29 пацієнтів – на зміни настрою.

Таким чином, клінічно ВХ ДПК супроводжується сильним ниючим болем з локалізацією в пілородуоденальну та епігастральну ділянки, а при диспепсичному синдромі частіше виникають нудота й закрепи, при чому ці синдроми супроводжуються головним болем та підвищеною втомлюваністю.

**Плаксивий О.Г.**

## **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНИЙ СИНУСИТ З ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 1-ГО ТИПУ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ МУЛЬТИПРОБІОТИКА**

*Кафедра дитячої хірургії та отоларингології  
Вищий державний навчальний заклад України  
«Буковинський державний медичний університет»*

Нашою метою було підвищення ефективності лікування хворих на хронічний гнійний верхньощелепний синусит (ХГВС) з цукровим діабетом (ЦД) 1-го типу.

За сучасними уявленнями, у хворих на ХГВС з супутнім ЦД 1-го типу формується дисбіоз слизової оболонки верхніх дихальних шляхів і товстої кишки і виражена ендогенна інтоксикація.

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



супутньої патології діагностовано у 20 хворих (група порівняння). Всім пацієнтам було проведено стандартне отоларингологічне обстеження, ендовідеориноскопію, рентгенографію БНП, загальний аналіз крові та сечі, бактеріологічне дослідження, аналіз крові для імунологічних досліджень та спектрофотометричного визначення рівня молекул середньої маси (МСМ).

У хворих на ХГВС, 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 ( $7,83 \pm 0,39$ - $8,97 \pm 0,27$  IgKYO/мл). При ХГВС 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.

В основній та контрольній групах хворих на ХГВС з ЦД 1-го типу рівень МСМ становив ( $0,53 \pm 0,04$  ум.о.) і ( $0,51 \pm 0,02$  ум.о.) відповідно та був вірогідно вищим порівняно з групою хворих на ХГВС без ЦД ( $0,33 \pm 0,02$  ум.о.) ( $p < 0,001$ ), що свідчить про виражену ендogenous інтоксикацію і пов'язано із зниженням загальної резистентності організму.

Проведене комплексне лікування ХГВС 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 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.

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

**Понюк В.В.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОБИ РУФ'Є У ШКОЛЯРІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ**

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Артеріальна гіпертензія вважається найважливішою соціально-економічною і медичною проблемою, оскільки посідає значне місце в структурі непрацездатності, інвалідизації та смертності населення. В усьому світі АГ перебуває в центрі уваги не лише терапевтів, кардіологів, а й педіатрів, і належить до найбільш розповсюджених проблем сучасної кардіології дитячого віку. Нажаль, патологія серцево-судинної системи на сьогодні є дуже актуальною проблемою охорони здоров'я України. Для раннього виявлення дітей групи ризику по розвитку у подальшому серцево-судинних захворювань є необхідним комплекс обстежень серцево-судинної системи у дітей. Однією із методик, яка дозволяє оцінити резервні можливості серцево-судинної системи в дітей є проба Руф'є.

Мета дослідження – оцінити функціональний стан серцево-судинної системи, розраховуючи індекс Руф'є у дітей шкільного віку.

Обстежено 90 дітей шкільного віку, які знаходилися на стаціонарному лікуванні в педіатричному відділенні №2 міської дитячої клінічної лікарні м. Чернівці. Середній вік дітей складав-12,2 років. Співвідношення хлопців до дівчат було 1:1. 1-шу групу (45 дітей) –