

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



МАТЕРІАЛИ

97 – ї

**підсумкової наукової конференції
професорсько-викладацького персоналу
вищого державного навчального закладу України
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

15, 17, 22 лютого 2016 року

Чернівці – 2016

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15,17,22 лютого 2016 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2016. – 404 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 97 – її підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (Чернівці, 15, 17, 22 лютого 2016 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Івашук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-627-0

© Буковинський державний медичний
університет, 2016



ступеня відхилення росту пацієнток від середнього зросту в популяції розраховували коефіцієнт стандартного відхилення SDS (Standard Deviation Score) за формулою: $SDS = \frac{X - X'}{SD}$, де X – ріст пацієнтки, X' – середній кінцевий ріст для даного пацієнта, SD – стандартне відхилення для даного хронологічного віку і статі. Використовувалися нормативи росту, розроблені J. Tanner и R. Whitehouse (1976). Показники росту з'являлися з перцентильними кривими A.J. Lyon (1985) для дівчаток із СШТ. Діти із групи спостереження були жителями сільської місцевості у 78% випадків, а в 28% – мешканцями міста. У всіх дітей траплялася низькорослість (100%). У 56% дітей виявлено гіпергонадотропний гіпогонадизм. Спорадичне статеве дозрівання спостерігалось тільки в одній дитині (11%) з мозаїчним варіантом синдрому.

Середній вік на момент обстеження становив $13,78 \pm 0,11$ років, середній ріст був – $131,9$ см, затримка росту $-4,2 \pm 0,22$ SDS, кістковий вік $12,10 \pm 0,12$ років, різниця між хронологічним і кістковим віком становила $1,68 \pm 0,01$ року, середня вага – $34,9$ кг.

Аналіз показав, що 33% дівчаток з СШТ звернулася за лікарською допомогою в пубертатному віці, іншим дітям діагноз виставили до періоду статевого дозрівання – 67%. Основними скаргами у дівчаток при зверненні були затримка росту і відсутність вторинних статевих ознак. З анамнестичних даних виявлено наступне: у трьох пацієнток був лімфатичний набряк рук і стоп при народженні (33%), у 33% – часті отити, що призвели до зниження слуху, у 33% – порушення функції зорового аналізатора, а саме, розвиток косоокості, короткозорості і далекозорості. З боку інших систем органів було виявлено ураження серцево-судинної системи в 44% і дизметаболічна нефропатія – в 89% випадків.

Спостерігалась наступна частота основних клінічних і фенотипових порушень у досліджених: антимонолоїдний розріз очей (89%), птоз (78%), окулярний гіпертелоризм (89%), епікант (33%), косоокість (22%), мікрогнатія (22%), високе готичне піднебіння (89%), щільна м'якого піднебіння (11%), носової відтінок голосу (33%), аномалії будови вушних раковин (89%), низький ріст волосся на шиї (100%), коротка шия (100%), бочкоподібна грудна клітка (89%), коарктація аорти (11%), пролапс мітрального клапана (44%), гіпертелоризм і втягнутість сосків (89%), сколіоз (33%), брахідактилія (100%), короткі четверті та п'яті п'ястневі кістки (11%), нігтьова дисплазія (11%), сандалеподібна щільна (33%), затримка дозрівання скелета (56%), множинні пігментні невуси (22%), надлишок ваги (67%). При аналізі показників росту дівчаток з СШТ виявлено, що показник знаходився в середньому в межах 3 і 10 перцентилів кривих росту для дівчаток із СШТ.

Таким чином, велика частина дівчаток, що звернулася за допомогою з СШТ, була у віці до 11 років (67%). У Чернівецькій області в дівчаток з СШТ в основному виділені наступні типи каріотипу: моносомія (45 X0) – 88,9%, мозаїчний варіант (11,1%).

Фенотипові особливості СШТ залишаються без належної уваги з боку педіатрів та дитячих гінекологів, що говорить про необхідність більш уважного ставлення до дівчаток із затримкою росту і статевого розвитку з обов'язковим дослідженням каріотипу.

Сажин С.І.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА РІВЕНЬ КОНТРОЛЮ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

*Кафедра педіатрії та дитячих інфекційних хвороб
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Бронхіальна астма (БА) є не тільки медичною, але й важливою соціально-економічною проблемою сьогодення. Порушення звичайного ритму життя (пропуски в школі, зниження успішності, часті та тривалі госпіталізації), спричинені симптомами захворювання, повсякчас призводить до зниження якості життя пацієнтів та їх батьків.

Враховуючи вище наведене, метою роботи стало визначення кореляційних зв'язків між якістю життя батьків пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, та частотою симптомів бронхіальної астми у дітей шкільного віку.

Для досягнення поставленої мети на базі Чернівецької обласної дитячої лікарні з дотриманням принципів біоетики проведено клінічно-анамнестичне обстеження 118 пацієнтів шкільного віку, хворих на бронхіальну астму. Рівень контролю визначали за трьома різними опитувальниками: Asthma Control Test (ACT), клінічно-інструментальною оцінкою (КІО) та анкетною, запропонованою Глобальною стратегією з бронхіальної астми (GINA-тест). Якість життя пацієнтів визначали за допомогою опитувальника Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ), а їх батьків пацієнтів – за допомогою анкети Pediatric Asthma Caregiver's Quality of Life Questionnaire (PACQLQ).

При оцінці рівня контролю над симптомами БА встановлено, що середня сума балів за ACT становила $15,5 \pm 0,5$. Кількість обстежених, в яких сума балів не перевищувала 15 та, згідно рекомендацій авторів-розробників анкети, свідчила про відсутність контролю, становила 26 (22,0%) осіб. Більше 20 балів та, відповідно, повний контроль відмічали у 16 (13,6%) дітей. У 76 (64,4%) обстежених зафіксовано частковий контроль над БА (сума балів за ACT-тестом дорівнювала 16-19 балів). Згідно GINA-тесту, середня сума в групі дітей, хворих на БА, сягала $9,2 \pm 0,2$ бала. Менше восьми балів, та, відповідно, добрий контроль над БА, реєстрували в 13 (11,0%) пацієнтів. Сума балів, яка перевищувала дев'ять, та підтверджувала неконтрольований перебіг, відмічалася серед 28 (23,7%) хворих. У решти 77 (65,3%) дітей реєстрували частковий контроль. Середня сума балів при проведенні клінічно-інструментальної оцінки рівня контролю становила $15,4 \pm 0,5$. Контрольована БА за показниками клінічно-інструментальної оцінки (сума балів не перевищувала одинадцяти)



спостерігалась в 16 (13,6%) дітей, частково контрольована (сума балів коливалася в межах 11-16 балів) – у 72 (61,0%) школярів. Сімнадцять та вище балів свідчили про недостатній контроль над захворюванням та відзначали у 30 (25,4%) пацієнтів.

Середній загальний бал за опитувальником PAQLQ становив $4,17 \pm 0,17$ бала при максимально можливому результаті в сім балів. Цей результат володів сильним вірогідним зворотнім взаємозв'язком із GINA-тестом ($r = -0,55$, $P < 0,01$). Проте, не простежувалися взаємозв'язки між сумою балів за PAQLQ та ACT ($r = 0,49$, $P > 0,05$) та PAQLQ та КІО ($r = -0,35$, $P > 0,05$) КІО не набув вірогідного значення ($r = -0,28$, $P > 0,05$).

Анкетування батьків дітей, хворих на БА, дозволило визначити їх якість життя за умови наявності в сім'ї дитини, що хворіє на БА. Середня сума балів за результатами опитування батьків дітей, хворих на БА становила $3,47 \pm 0,11$ бала. Цей результат мав вірогідний прямий кореляційний зв'язок із ACT ($r = 0,53$, $P < 0,05$) та зворотній взаємозв'язок із GINA-тест ($r = -0,56$, $P < 0,01$). Натомість, взаємозв'язок між сумою балів за PACQLQ та КІО не набув вірогідного значення ($r = -0,35$, $P > 0,05$).

Отримані результати дають підстави вважати, що показники якості життя пацієнтів дитячого віку, хворих на бронхіальну астму, володіють вірогідним кореляційним зв'язком з рівнем контролю бронхіальної астми, визначеним за анкетною, запропонованою Глобальною стратегією з бронхіальної астми. Результати визначення якості життя батьків володіють сильним взаємозв'язком з результатами оцінки контролю за опитувальниками ACT та GINA-тест. Таким чином, анкетування з метою визначення якості життя пацієнтів, хворих на бронхіальну астму, та їх батьків може використовуватися як додатковий діагностичний критерій рівня контролю над захворюванням, психологічного та емоційного стану батьків та дітей, хворих на бронхіальну астму.

Сапунков О.Д.

ОСОБЛИВОСТІ БУДОВИ СЕРЕДЬОГО ВУХА У ПЛОДІВ ЛЮДИНИ 9 МІСЯЦІВ РОЗВИТКУ

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

За останні 10 років в розвинутих країнах відсоток дітей народжених раніше терміну складає 5 – 12% всіх новонароджених. Незрілість їх органів і систем часто призводять до розвитку патологічних симптомкомплексів, в тому числі і з боку органа слуху, що може викликати необхідність хірургічного втручання. Все це вимагає точного знання вікових анатомо-топографічних особливостей будови середнього вуха.

Вивчити топографічно-анатомічні особливості середнього вуха у плодів 9-ти місяців внутрішньоутробного розвитку та обґрунтувати морфологічний взаємозв'язок формоутворювальних процесів його з прилеглими структурами.

Дослідження виконано на 8 плодах людини 271,0-310,0 мм тим'яно-куприкової довжини (ТКД).

У ході дослідження використовували методи: тонкого препарування середнього вуха та прилеглих ділянок під контролем бінокулярної лупи; макро- та мікроскопії; морфометрії; макрофотографії цифровим фотоапаратом "OLIMPUS μ 1000 All-weather 10.0 MPix".

На протязі дев'ятого місяця внутрішньоутробного розвитку нижня та передня стінки барабанної порожнини збільшують свої розміри і вона набуває більш неправильної форми. Збільшенню цих стінок сприяє збільшення діаметра судин - внутрішньої яремної вени та внутрішньої сонної артерії, що веде до збільшення каналу внутрішньої сонної артерії та яремної ямки і переходу барабанної порожнини із горизонтального положення в похиле.

Розміри барабанної порожнини наступні: довжина знизу - $7,60 \pm 0,19$ мм, довжина на рівні мису - $9,75 \pm 0,18$ мм, довжина зверху - $7,40 \pm 0,23$ мм. Вертикальні розміри барабанної порожнини: спереду - $8,15 \pm 0,19$ мм, навпроти мису - $9,68 \pm 0,34$ мм, позаду - $7,15 \pm 0,17$ мм. Ширина барабанної порожнини: в нижньопередній ділянці - $2,22 \pm 0,05$ мм, в нижньозадній ділянці - $5,22 \pm 0,12$ мм, в передньоверхній ділянці - $3,85 \pm 0,15$ мм, в верхньозадній ділянці - $4,82 \pm 0,19$ мм. Товщина стінок барабанної порожнини складає: верхньої - $0,99 \pm 0,03$ мм, передньої - $0,62 \pm 0,03$ мм, нижньої - $0,72 \pm 0,02$ мм. Вертикальний розмір вікна присінка - $1,76 \pm 0,02$ мм, горизонтальний - $2,82 \pm 0,07$ мм. Середній діаметр вікна завитки - $1,81 \pm 0,06$ мм. Відстань між вікном завитки та вікном присінка - $1,25 \pm 0,04$ мм. Вікно присінка має бобовоподібну форму. У вікна завитки спостерігалась овальна, округла і трикутна форма. Вертикальний розмір мису на лабіринтній стінці - $4,72 \pm 0,08$ мм. Довгий діаметр барабанного кільця з барабанною перетинкою - $8,12 \pm 0,19$ мм, короткий діаметр - $7,25 \pm 0,23$ мм. Канал лицьового нерва проходить над вікном присінка під кутом 29° і не має кісткової стінки. Його довжина складає - $5,12 \pm 0,19$ мм, діаметр - $1,15 \pm 0,02$ мм.

Печера соскоподібного відростка лежить поверхнево під кортикальним шаром, товщина якого складає $1,53 \pm 0,06$ мм. На зовнішній поверхні соско-подібного відростка спостерігається лусковососковидна щільна, яка заповнена сполучною тканиною. Передня стінка печери знаходиться на рівні заднього краю барабанного кільця, а нижня стінка знаходиться нижче рівня верхнього краю барабанного кільця на $1,75 \pm 0,08$ мм. Верхня стінка печери відокремлює її від середньої черепної ямки і її товщина складає $0,93 \pm 0,02$ мм. Печера має наступні розміри: довжину - $7,08 \pm 0,19$ мм, висоту - $5,33 \pm 0,12$ мм, ширину - $5,65 \pm 0,20$ мм. Діаметр входу до печери становить $2,54 \pm 0,06$ мм. Спостерігалась його бобовоподібна та ниркоподібна форма.



Слухова труба пряма, широка, має циліндричну форму. Кістковий відділ і перешийок у неї відсутні. Глоткові отвори розміщуються на рівні твердого піднебіння. Передньозадній розмір глоткових отворів значно збільшується. Барабанні отвори зміщуються доверху ще більше в порівнянні з попереднім періодом розвитку. Довжина слухової труби - $16,88 \pm 0,32$ мм, діаметр її $1,77 \pm 0,02$ мм. Барабанні отвори слухової труби мають наступні розміри: горизонтальний - $3,48 \pm 0,11$ мм, вертикальний - $4,52 \pm 0,16$ мм. Передньозадній розмір глоткових отворів становить: $2,25 \pm 0,09$ мм, вертикальний розмір - $2,94 \pm 0,08$ мм.

Канал внутрішньої сонної артерії проходить під кутом 55° до основи черепа і лежить на нижній поверхні скроневої кістки. Діаметр каналу внутрішньої сонної артерії складає $2,56 \pm 0,04$ мм. Ширина яремної ямки - $7,25 \pm 0,18$ мм, довжина - $9,50 \pm 0,24$ мм.

У плодів даного віку продовжується формування нижньої та передньої стінок барабанної порожнини та надбарабанного простору. Печера соскоподібного відростка не має дефінітивних розмірів і розташування її відрізняється від розташування у новонароджених. Барабанні отвори слухових труб починають переміщуватися з нижньої частини барабанної порожнини доверху, а глоткові отвори знаходяться на рівні твердого піднебіння. Канал лицевого нерва не має кісткової стінки і розташування його відрізняється від розташування у новонароджених. Визначені особливості мають важливе значення при удосконаленні технологій і адекватності хірургічного лікування та маніпуляцій у передчасно народжених дітей.

Семань-Мінько І.С.

ПРИРОДНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ДІТЕЙ

*Кафедра педіатрії, неонатології та перинатальної медицини
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Природне вигодовування – це природний шлях до здоров'я та гармонійного розвитку дитини. Новонароджений малюк першим інстинктивним рухом тягнеться до материнських грудей, як до джерела життя. Природа потурбувалась про те, щоб, з'явившись на світ, дитина отримала саме ту їжу, яка краще за все підходить їй ще не зрілому організму. Вигодовування материнським молоком є природним продовженням того харчування, яке отримував плід у період свого внутрішньоутробного розвитку. Різниця лише в тому, що плід отримує харчування через пуповину з кров'ю матері, а новонароджений після перерізання пуповини отримує їжу з грудей матері молоко.

Вплив природного вигодовування на організм дитини багатовекторний, його можна представити у вигляді чотирьох напрямків харчове забезпечення, біологічна підтримка, психоемоційні зв'язки та оптимізація розвитку травної системи. Грудне молоко має оптимальну кількість і якість основних нутрієнтів, мікрокомпонентів, що винятково важливі для повноцінного росту й розвитку дитини. Воно містить також компоненти (ферменти), що сприяють засвоєнню основних нутрієнтів. Склад нутрієнтів грудного молока динамічно змінюється, пристосовуючись до потреб дитини в процесі росту. Формуються шляхи оптимальної метаболізації нутрієнтів, що забезпечують адаптацію до продуктів, які отримуватиме дитина після грудного молока. Забезпечується захист від ушкоджуючої дії надлишкового надходження нутрієнтів. Навіть при надлишковому харчуванні, пов'язаному з інтенсивним смоктанням і високою концентрацією нутрієнтів у молоці матері, діти реагують тільки підвищенням накопиченням жирової тканини. Це не супроводжується дистрофічними змінами в тканинах і гетерохронізацією розвитку, що має місце при надлишковому введенні нутрієнтів при штучному вигодовуванні.

Грудне вигодовування - це контакт із мамою, звичні запахи та смаки, задоволення рефлексу смоктання, почуття безпеки, джерело харчування та життя, налагодження всіх функцій організму, становлення і розвиток імунної, нервової та ендокринної систем. Грудне молоко містить не лише поживні речовини (білки, жири, вуглеводи), а й ферменти, необхідні для їхнього травлення, понад 15 видів гормонів, вітаміни та мікроелементи у співвідношеннях, оптимальних для засвоєння. Грудне вигодовування має надзвичайно велике значення для повноцінного розвитку дитини.

Sokolnyk S.V., Sorokman T.V.

PREDICTION OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN

*Department of pediatrics and medical genetics
Higher State Educational Establishment of Ukraine
«Bukovinian state medical university»*

At the present stage of development of pediatric gastroenterology ulcer disease is seen as a heterogeneous disease, the development of which is caused by the interaction of genetic factors and the major regulatory systems (nervous, endocrine, immune). Using mathematical methods of research will highlight the main risk factors and the disease.

The purpose of our work was to evaluate the combined effect of adverse factors on the development of peptic ulcer disease in children by using correlation analysis.

Prospective clinical and paraclinical study was conducted among 140 children with peptic ulcer disease (study group) and 110 healthy children (control group) aged 6 to 18 years. The treatment groups were comparable in age, sex, place of residence ($p > 0,05$). In addition to conventional diagnostic methods necessary for verification of the diagnosis, all children underwent a multidimensional questionnaire, taking into account medical history, social, domestic,



environmental, genetic and other characteristics; We studied the effect of heterogeneity of strains of *Helicobacter pylori*, polymorphisms of IL-1 β -511C/T, IL-1 β -RA, IL-8-251A/T induced NO-synthase-945G/C in the development of peptic ulcer disease in children, changes in the level of proinflammatory and anti-inflammatory cytokines in the blood, a condition antioxidant and prooxidant systems in this pathology. Statistical analysis was performed using the software package «Statistica 6.0».

The result of the multivariate analysis of the likely development of disease markers set the most important parameters for the classification of risk for the disease: the first factor (F1 – 64,8% of the information) causes family history, the presence of genotype C/C of IL-1 β -511C/T and A/T IL-8-251A/T, C/C induced NO-synthase, toxigenic strain of *Helicobacter pylori*. The second factor (F2 – 52,6% of the information) to determine the age, eating disorders, stress, hyperacidity, premorbid presence of pathology, levels of cytokines in the blood, violation of oxidant-prooxidant homeostasis. On the basis of the above components of multivariate analysis of the probability of ulcer disease in children can be represented in the form of a mathematical model: the risk of developing the disease = $0,52F1 + 0,34F2$.

Thus, the use of multivariate analysis as a mathematical model of duodenal ulcer will more accurately determine the risk of developing the disease, the degree of severity of the process, the choice of treatment strategy, to increase the effectiveness of primary prevention during genetic counseling.

Сокольник С.О.

**АРГОН-ПЛАЗМОВА КООГУЛЯЦІЯ ПРИ
ВИРАЗКОВИХ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧАХ У ДІТЕЙ**

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

Необхідність вибору оптимальних варіантів тимчасового і остаточного гемостазу визначається високим рівнем (30-75%) післяопераційної летальності в умовах повторної геморагії. Очевидно, що рецидив кровотечі зумовлений порушенням перебігу репаративного процесу і/або прогресування деструктивних процесів у слизовій і підслизовій. Повторні кровотечі розвиваються внаслідок ішемічного некрозу розташованих в глибині периульцерозної зони тканин, у тому числі стінки великих судин м'язового і підслизового шарів.

Вибір методу лікування хворих дітей із гострою гастродуоденальною виразковою кровотечею є одним із найбільш складних питань екстреної дитячої хірургії. На першому місці стоять питання зупинки кровотечі при первинній фіброезофагогастродуоденоскопії (ФЕГДС).

За результатами рандомізованих досліджень популяції населення різних країн 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. Однак, у літературі є лише поодинокі дані застосування АПК в дітей із ШКК.

Метою роботи було провести оцінку ефективності застосування аргон-плазмової коагуляції в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч в дітей, хворих на виразкову хворобу.

Ретельне комплексне клінічно-параклінічне дослідження проведено у 13 дітей із ШКК (F-I, ІА, ІВ), хворих на ВХ, віком 7-18 років (середній вік - $14,2 \pm 3,6$ років), з них 9 хлопчиків та 4 дівчинки. Всім дітям проведено зупинку кровотечі шляхом АПК з використанням електрохірургічного блоку ES 350 з аргонним модулем (виробник – фірма 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.

Ендоскопічно у 4 (30,8%) обстежених дітей діагностовано великі виразки, у решта – виразки середнього розміру. У переважної більшості 9 (69,2%) осіб виявлено поодинокий виразковий дефект слизової оболонки, лише у 3 (23,1%) осіб – множинні «поцілункові виразки» ($t=2,67$, $p < 0,05$).

Первинний ендоскопічний гемостаз обраним способом досягнуто у всіх 13 (100%) хворих. Проведення повторної ЕФГДС діагностувало стійкий гемостаз у 11 (92,3%) пацієнтів ($t=4,95$, $p < 0,05$). 1 (7,7%) дитини з нестійким первинним гемостазом проведено повторний сеанс АПК. Це був хлопчик із поодиноким виразкою великого розміру, що супроводжувалася ШКК FIA.

Динамічне спостереження не виявило рецидивів кровотечі в жодній 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.

Таким чином, застосування ендоскопічної аргон-плазмової коагуляції в комплексному лікуванні шлунково-кишкових кровотеч у дітей, хворих на виразкову хворобу, дозволяє здійснити остаточний гемостаз та зменшує ризик розвитку рецидивів кровотечі.