



**Левницька С.А.**

## **ПОКАЗИ ДО ТОНЗИЛЕКТОМІЇ У ДІТЕЙ: ПОГЛЯД КРИЗЬ СТОЛІТТЯ**

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

Видалення піднебінних мигдаликів є одним з найбільш давніх і найбільш розповсюджених хірургічних втручань. Протягом історії людства тонзиллярна хірургія зазнавала періодів як надзвичайної популярності, так і майже повної обструкції. Метою роботи був ретроспективний аналіз показів до тонзилектомії та визначення рівня їх аргументованості.

Проведено синтез інформації та огляд електронних баз даних PubMed, MEDLINE, Free Medical Journals, the Cocraine Library.

Римлянин Корнеліус Цельс, що жив в першому столітті нашої ери, був першим лікарем, який розробив покази щодо тонзилектомії. Небажання лікарів середньовіччя виконувати тонзилектомію пояснювалося як страхом щодо розвитку смертельних кровотеч, так і розумінням функції мигдаликів. Ситуація щодо тонзилектомії революційно змінилася в кінці 19-го століття. Передача операції від хірургів отоларингологам і створення гільйотинного ножа дозволили вивести тонзилектомію у розряд відносно безпечних і надзвичайно поширених оперативних втручань.

Результатом багатолітнього досвіду і чисельних спроб обмежити безладне виконання тонзилектомії були рекомендації J.L.Paradise, сформульовані в 1984 році, згідно котрих мигдалики повинні бути видалені при наявності не менше 7 епізодів гострих важких бактеріальних тонзилофарингітів за рік спостереження, або не менше 5 в рік – за останні два роки, або не менше 3 в рік – за останні три роки. Вирішення видалити піднебінні мигдалики дитині все ще залишається непростим і неоднозначним рішенням, що базується швидше на інтуїції лікаря, аніж на доказових засадах.

Майбутнє тонзилектомії повинно полягати у визначенні чітких, науково аргументованих показів до проведення операції, мінімалізації ризику післяопераційних ускладнень і післяопераційного болю.

**Лозюк І.Я.**

## **ЕТІОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ РОЗВИТКУ ПОЄДНОНОЇ ПАТОЛОГІЇ ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА ХАРЧОВОЇ АЛЕРГІЇ У ДІТЕЙ**

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

За даними світової статистики хронічні запальні захворювання верхніх відділів шлунково-кишкового тракту залишаються одними з найбільш поширених захворювань внутрішніх органів як серед дорослого, так і серед дитячого населення. В останні роки значних успіхів досягнуто у вивченні різних аспектів етіопатогенезу гастродуоденальних захворювань, у той же час, у генезі поєднаної патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та харчової алергії – дані суперечливі і вимагають подальшого вивчення.

З метою виділення основних етіологічних факторів розвитку захворювань верхніх відділів шлунково-кишкового тракту на тлі харчової алергії проведено комплексне обстеження 32 хворих дітей віком 7-18 років. Статевої різниці в групі обстежених дітей не встановлено ( $p > 0,05$ ).

Оцінка характеру харчування в групі спостереження показала, що тільки у 37,5 % осіб мало місце природне вигодовування, причому лише у 21,9 % дітей тривалістю до року. 34,4 % дітей знаходились на вигодовуванні неадаптованими молочними сумішами. Крім того, у 56,2 % дітей відмічено раннє введення прикормів. Встановлено також, що переважна більшість дітей харчувалася нерегулярно. У харчовому раціоні дітей відмічалось зниження вживання овочів, фруктів, молочних продуктів, м'яса, риби при постійному надлишку макаронно-круп'яних виробів та солодощів. У 40,6% пацієнтів встановлено часте вживання продуктів харчування з емульгаторами, консервантами, фарбниками. З анамнезу відомо, що 34,4 % дітей перехворіли дитячими інфекційними хворобами (епідемічний паротит, краснуха, кір, вітряна віспа) та 43,7 % хворих перенесли кишкові інфекції.

У 37,5% дітей діагностовано харчову алергію на першому році життя, у 46,9 % осіб встановлено не лише сенсibiliзацію до продуктів харчування, а й до алергенів нехарчової природи. У 43,7 % осіб виявлено спадкову обтяженість по atopії, у 59,4 % - по захворюваннях шлунково-кишкового тракту. Гелікобактерну інфекцію діагностовано у 56,3 % пацієнтів. При вивченні факторів, які на думку хворих та батьків призвели до розвитку поєднаної патології, встановлено, що майже половина респондентів пов'язували початок із порушенням режиму харчування та обтяженою спадковістю, 18,7 % – із впливом стресових факторів, решта дітей не вказувала на причину хвороби.

Отже, визначення основних факторів розвитку поєднаної патології верхніх відділів шлунково-кишкового тракту та харчової алергії у дітей дозволить розробити індивідуалізований алгоритм обстеження та підвищити ефективність лікування.