

УДК 616.21-053

А.А. ЛАЙКО, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ. ДИТЯЧА АМБУЛАТОРНА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ. – К.: ЛОГОС, 2005. – 458 С.

Вихід в світ даної книги є важливою подією не тільки в дитячій оториноларингології, а і в оториноларингології взагалі. Справа в тому, що питання дитячої амбулаторної оториноларингології не висвітлене в підручниках. Це перша праця на подібну тематику в Україні і друга – в країнах СНД після книги Б.В. Шевригіна “Детская амбулаторная оториноларингология” (Москва, 1991 г.). Її автори – проф. А.А. Лайко, чл.-кор. АМН України, проф. Д.І. Заболотний – є відомими науковцями не тільки в Україні, а й за кордоном, вони провідні отоларингологи в Україні. Хоча книга представлена як навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-курсантів, вона буде корисною також для магістрантів, аспірантів, студентів вищих медичних навчальних закладів, які вивчають оториноларингологію, а також для практикуючих отоларингологів.

Книга написана в компактній, стислій формі, складається з 13 розділів. Список літератури включає 40 джерел (монографії, підручники, керівництва з оториноларингології). Вона має достатню кількість чорно-білих ілюстрацій, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється. В посібнику є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять читачів з новими лікарськими засобами, що застосовуються в оториноларингології.

Розділ 1 – “Інфекційні захворювання дихальних шляхів” включає 18 підрозділів: гострі респіраторні вірусні інфекції; грип; парагрип; аденовірусна інфекція; респіраторно-синцитіальна інфекція; риновірусна інфекція; скарлатина; кір; коклюш (кашлюк); дифтерія; інфекційний мононуклеоз; герпес-вірусна інфекція; герпес звичайний; герпес оперізуючий; вітряна віспа; менінгококова інфекція; кандидозна інфекція; ВІЛ-інфекція.

Перелічені захворювання подані компактно, стисло, але разом з тим повно. Більшість з них авторами цієї книги представлено вперше. Слід відмітити, що вони мало відомі або зовсім невідомі отоларингологам. В підручниках коротко описуються лише грип, скарлатина, кір, коклюш, дифтерія, інфекційний мононуклеоз, кандидозна інфекція, а про іншу перелічену патологію не згадується. Тому знайомство з цим розділом книги буде надзвичайно корисним для всіх отоларингологів (лікарів-інтернів, лікарів-курсантів, магістрантів, аспірантів, клінічних ординаторів, практикуючих лікарів).

Розділ 2 – “Хвороби вуха” включає 42 підрозділи: обмежене запалення зовнішнього слухового ходу; дифузне запалення зовнішнього слухового ходу; відмороження вушної раковини; перихондрит; бешиха; оперізуючий лишай; сірчана пробка; екзема зовнішнього вуха; гострий сальпінгоотит; гострий мірингіт; гострий гнійний середній отит у дітей дошкільного та шкільного віку; гострий явний середній отит у немовлят і дітей ясельного віку; латентний гострий середній отит; рецидивуючий середній отит; гострий мастоїдит; типова форма мастоїдиту; зигматицит; верхівково-шийний мастоїдит (мастоїдит Бецольда); верхівковий мастоїдит (мастоїдит Орлеанського); різновид верхівкового мастоїдиту (мастоїдит Муре); петрозит; травматичний мастоїдит; латентний мастоїдит; некротичний мастоїдит; хронічний гнійний середній отит; хронічний гнійний мезотимпаніт; хронічний гнійний епітимпаніт; алергічний хронічний середній отит; хронічний сальпінгоотит; хронічний секреторний отит; адгезивний середній отит; ото-склероз; гостра сенсоневральна приглухуватість; хвороба Мен'єра; внутрішньочерепні ускладнення гострого та хронічного серед-

нього отиту; екстрадуральний абсцес; субдуральний абсцес; тромбоз сигмоподібного синусу; гнійний менінгіт; абсцес мозку; абсцес мозочка; арахноїдит. Виділяються види запалення зовнішнього слухового ходу: обмежене (фурункул) і дифузне.

При розгляді обмеженого запалення зовнішнього слухового ходу (фурункула) вказується на диференціальний діагноз з гострим мастоїдитом (при розташуванні фурункула на задній стінці слухового ходу) та абсцесом привушної слинної залози (при розміщенні фурункула на передній стінці слухового ходу). Повідомляється, що дифузне запалення зовнішнього слухового ходу уражає переважно шкіру кісткового відділу слухового ходу. Підкреслюється, що відмороження вушної раковини розвивається внаслідок одночасної тривалої дії температури нижчої за 0°C. Виділяються 4 ступеня відмороження вушної раковини і дається клінічна характеристика кожного з них. Зауважується, що відмороження вушної раковини відбувається поступово. Вказується, що перихондрит вушної раковини виникає внаслідок інфікування гноєподібними збудниками тільки у разі порушення цілості шкіри вушної раковини. Відмічається залежність перебігу бешихи вушної раковини від віку дитини: у новонароджених і немовлят спостерігається тяжкий перебіг, у дітей шкільного віку – легший. Дається коротка характеристика оперізуючого лишая вушної раковини. Описується ряд симптомів сірчаного корка зовнішнього слухового ходу (приглухуватість або навіть глухота; відчуття важкості у голові; шум у вусі; кашель). Розглядаються 2 методи видалення сірчаного корка: шляхом промивання за допомогою шприца Жане і за допомогою інструментів з набору Гартмана. Акцентується увага на тому, що для видалення сірчаного корка промивання не застосовується тоді, коли у хворого в анамнезі був середній отит. В цих випадках видалення здійснюється сухим способом за допомогою інструментів з набору Гартмана. Підкреслюється, що після видалення сірчаного корка треба оглянути барабанну перетинку, бо можлива її перфорація. Вказано на 2 форми екземи зовнішнього вуха (гостру і хронічну). За класифікацією виділяються 3 види екземи: себорейна, справжня дитяча та мікробна.

Наводиться клінічна характеристика кожного з цих видів екземи.

Представлено дві форми сальпінгоотиту – катаральний і гнійний. Відмічається, що у дітей зустрічається, головним чином, катаральна форма. Коротко описано гострий мірингіт. Проводиться диференціальний діагноз мірингіту з гострим середнім отитом, при якому спостерігається зниження слуху і дещо інтенсивніші, ніж при мірингіті, зміни барабанної перетинки. Детально викладені дані про гострий гнійний середній отит у дітей дошкільного та шкільного віку. Розглядаються 2 фактори в розвитку цього захворювання: мікробний і наявність певних умов (стан верхніх дихальних шляхів; зміни у вусі внаслідок перенесених захворювань; структура соскоподібного відростка; порушення вентиляційної, дренажної та бар'єрної функцій слухової труби; зміни місцевої та загальної імунної реактивності). Вказано на 3 шляхи проникнення патогенних мікроорганізмів в слизову оболонку барабанної порожнини (риногубарний; гематогенний; травматичний) і на 4 фази клінічного перебігу захворювання (початковий розвиток; наростання процесу; розв'язання процесу; видужання). Описуються методи лікування хворих на гострий гнійний середній отит в залежності від фази захворювання. Відмічаються особливості перебігу, діагностики та лікування немовлят і дітей ясельного віку при гострому явному середньому отиті. Коротко викладено дані про латентний гострий середній отит. Підкреслюється, що він зустрічається, головним чином, у недоношених немовлят, гіпотрофіків. Виділено на 2 форми рецидивного середнього отиту: гіперергічну і гіпоергічну. Детально розглядаються 3 форми отоантриту – явний, латентний та рецидивний. Представлено первинні і вторинні форми мастоїдиту, типовий і атипичний мастоїдит (зигоматицит; верхівково-шийний мастоїдит; верхівковий мастоїдит; петрозит), а також травматичний, латентний, некротичний.

Детально описано хронічний гнійний середній отит, його форми (мезотимпаніт і епітимпаніт). У стислій формі розглядається алергічний хронічний середній отит. Підкреслюється, що він має особливий перебіг. Лікування хворих на хронічний отит має бути комплексним. Справедливо акцентується

увага на тому, що важливе значення при цьому має консервативна або хірургічна санація верхніх дихальних шляхів. Приводиться 2 етапи санації вуха при хронічному гнійному середньому отиті: механічне видалення гною (туалет вуха); введення в барабанну порожнину лікарських речовин. Даються показання до санаційних хірургічних втручань у середньому вусі. Описується хронічний сальпінгоотит. Зазначається, що суть цього захворювання полягає в дисфункції слухової труби і що лікування треба починати з усунення основної причини порушення прохідності слухової труби. Представлено дані про хронічний секреторний і адгезивний середній отит.

Відмічається, що етіологія і патогенез отосклерозу вивчені недостатньо. Розглядається отосклероз як системне захворювання, що уражає не тільки лабіринт, але й потиличну кістку, хребет і навіть кисті рук. Наголошується на тому, що у дітей отосклероз зустрічається рідко, головним чином, у тих, чий батьки брали родинні шлюби або хворіли на отосклероз. Описано 2 методи лікування хворих на отосклероз – консервативний і хірургічний, однак у дітей хірургічне втручання проводиться рідко.

Заслуговують на увагу відомості про гостру сенсоневральну приглухуватість. Виділяється 3 форми сенсоневральної приглухуватості: периферична (рецепторна, завиткова); ретрокохлеарна (корінцева); ретрокохлеарна центральна (стовбурова і коркова). Крім того, розрізняється гостра, стабільна (не прогресуюча) та прогресуюча приглухуватість. Абсолютно справедливо зазначається, що це захворювання є поліетіологічним. Дається перелік причин сенсоневральної приглухуватості, зокрема у дітей: інфекційні захворювання; спадкові захворювання; природжені вади розвитку; токсична дія на внутрішнє вухо лікарських речовин; травматичні ушкодження; аутоімунні захворювання; патологія вагітності і пологів. Підкреслюється важливість ранньої діагностики сенсоневральної приглухуватості та своєчасного лікування. Відмічається, що етіологія і патогенез хвороби Мен'єра ще недостатньо вивчені. Описується тріада симптомів при хворобі Мен'єра: погіршення слуху; шум у вусі; періодичні напади лабіринтної атаки. Показано

що у дітей ця патологія зустрічається рідко і перебіг її атипичний. Виділяються тяжкі напади захворювання, середньої тяжкості і легкі.

При розгляді питання про внутрішньочерепні ускладнення гострого та хронічного середнього отиту вказується на тяжкість їх перебігу. Відмічається на 4 шляхи проникнення інфекції з середнього вуха в порожнину черепа (контактний; гематогенний; лімфогенний; змішаний). Далі наведена клінічна характеристика основних внутрішньочерепних ускладнень: екстрадурального абсцесу; субдурального абсцесу; абсцесу мозочка; тромбозу сигмоподібного синуса; гнійного менінгіту; абсцесу мозку; арахноїдиту.

Розділ 3 – “Хвороби носа та принососових пазух” включає 37 підрозділів: фурункул носа; сикоз входу в ніс; бешиха носа; відмороження носа; гострий риніт; хронічний риніт; хронічний гіперпластичний риніт; хронічний атрофічний риніт; озена; вазомоторний риніт; викривлення перегородки носа; гематома та абсцес перегородки носа; гострі захворювання принососових пазух; гострий гайморит (гострий верхньощелепний синусит); гострий етмоїдит; гострий фронтит; гострий сфеноїдит; хронічні захворювання принососових пазух; хронічний гайморит (хронічний верхньощелепний синусит); хронічний етмоїдит; хронічний фронтит; хронічний сфеноїдит; риногенні орбітальні ускладнення; набряк повік; набряк клітковини орбіти; простий періостит орбіти; гнійний періостит орбіти; абсцес повік; ретробульбарний абсцес; флегмона орбіти; риногенні внутрішньочерепні ускладнення; тромбоз печеристого синуса; екстрадуральний абсцес; субдуральний абсцес; менінгіт і менінгоенцефаліт; абсцес мозку; арахноїдит.

Описуються фурункул носа, сикоз входу в ніс, бешиха та відмороження носа. Вказано на 6 видів гострого риніту: вірусний; бактерійний; медикаментозний; гормональний; психогенний; травматичний. Наведено 3 стадії перебігу гострого риніту: I – суха, продромальна; II – секреторна; III – зворотного розвитку. Розглядаються 3 форми хронічного риніту: простий (катаральний); гіпертрофічний (гіперпластичний); атрофічний. Представлено відомості про озену, вазомоторний риніт (алергічну та нейровегетативну його форми). Вказано рі-

зні клінічні симптоми викривлення перегородки носа, серед яких головним є утруднене носове дихання через одну або обидві половини порожнини носа, а також тривалі виділення з носа, ослаблення нюху. Дається коротка характеристика гематоми та абсцесу перегородки носа, розглядається лікувальна тактика.

Приводяться дані про гострі і хронічні захворювання приносних пазух (гайморит, етмоїдит, фронтит, сфеноїдит). Підкреслюється, що гострий сфеноїдит в дітей практично не буває самостійним, а спостерігається в комбінації з ураженням інших приносних пазух, частіше з гострим етмоїдитом. Описано риногенні орбітальні (набряк повік; набряк клітковини орбіти; простий періостит орбіти; гнійний періостит орбіти; абсцес повік; ретробульбарний абсцес; флегмона орбіти) та внутрішньочерепні ускладнення (тромбоз печеристого синуса; екстрадуральний абсцес; субдуральний абсцес; менінгіт і менінгоенцефаліт; абсцес мозку; арахноїдит).

Розділ 4 – “Хвороби глотки (горла)” складається з 17 підрозділів: гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки; гіпертрофія глоткового мигдалика, або аденоїди; гіпертрофія піднебінних мигдаликів; гіпертрофія язикового мигдалика; ангіна; гострий аденоїдит; гостре запалення язикового мигдалика; гострий фарингіт; заглотовий абсцес; паратонзиллярний абсцес; парафарингеальний абсцес; абсцес язикового мигдалика; хронічний тонзиліт; хронічний аденоїдит; хронічний фарингіт; фарингомікоз; нейрогенні ураження глотки.

Підкреслюється, що у розвитку гіпертрофії лімфаденоїдної тканини мають значення різноманітні чинники, серед яких найголовнішим є часті ГРВІ, алергічні захворювання, а також несприятливі кліматичні умови. Наведено 3 ступеня гіпертрофії глоткового мигдалика (I, II, III) по відношенню його до лемеша. Розглядаються 3 ступеня гіпертрофії піднебінних мигдаликів (I, II, III) по відношенню їх до піднебінно-язикової дужки і середньої лінії зіва та 5 груп симптомів даного захворювання (порушення ротового дихання, ковтання, мови; розлади сну; кашель). Коротко описано гіпертрофію язикового мигдалика. Підкреслюється, що вона часто зустрічається у дітей з видаленими

піднебінними мигдаликами. Виділяється на 4 групи симптомів гіпертрофії язикового мигдалика (відчуття тиску в ділянці кореня язика, стороннього тіла; кашель; інколи – ларингоспазм).

Розглядаються 3 основні види первинної ангіни (катаральна, лакунарна, фолікулярна); детально описується лікування. Коротко представлено дані про виразково-плівчасту ангіну, грибову ангіну, гострий аденоїдит, гостре запалення язикового мигдалика, гострий фарингіт. Зазначається, що заглотовий абсцес спостерігається у новонароджених перших днів життя і в дітей перших чотирьох років життя. Вказано на дві локалізації абсцесу (в носовій і ротовій частинах глотки), від чого залежать місцеві симптоми. Детально описано паратонзиллярний абсцес. Відмічено 3 стадії розвитку паратонзиллярного абсцесу: початкова (ексудативно-інфільтративна); розпал хвороби (стадія абсцесу); кінець захворювання (стадія зворотного розвитку). Розглядається 5 локалізацій паратонзиллярного абсцесу: передньо-верхній; задньо-верхній; зовнішній (бічний); передній; нижній. Підкреслюється, що у дітей найчастіше спостерігається передньо-верхня, потім задньо-верхня локалізація абсцесу; інші локалізації зустрічаються рідко. Коротко описано парафарингеальний абсцес, абсцес язикового мигдалика.

Достатньо повно і чітко представлено дані про хронічний тонзиліт: етіологія; патогенез; патологічна анатомія; клініка; класифікація; диференціальна діагностика; лікування. Зазначено, що етіологія цього захворювання вивчена недостатньо. Представлено загальні і місцеві симптоми хронічного тонзиліту. Виділено 3 форми хронічного тонзиліту (компенсована, субкомпенсована; декомпенсована), і дана клінічна характеристика кожної з них.

При розгляді хронічного аденоїдиту вказано на 2 групи його симптомів: загальні і місцеві. При описуванні хронічного фарингіту виділено 5 його форм: простий (катаральний); гіпертрофічний; алергічний; атрофічний; змішаний. Підкреслюється, що у дитячому віці частіше зустрічається катаральний і гіпертрофічний фарингіт, рідко – атрофічний. Відмічається, що фарингомікоз (лептотрихоз) є різновидністю гіпертрофічного фа-

рингіту. Показано, що причиною фарингомікозу є ураження епітелію лімфоїдної тканини глотки грибом роду *Leptotrix buccalis*. Акцентується увага на тому, що патогенез фарингомікозу пов'язується з перебудовою імунної реактивності, специфічною і неспецифічною сенсibiliзацією, алергією, порушенням білкового та вуглеводного обміну, а також балансу вітамінів С та В, розладом вегетативної нервової системи, травмою слизової оболонки горла, тривалою антибіотикотерапією та кортикостероїдною терапією, особливо дизбактеріозом кишечника. Слід зазначити, що такі повні відомості про патогенез фарингомікозу наведено вперше. До цього в підручниках такої інформації не було.

Серед нейрогенних порушень глотки виділено функціональні та органічні розлади іннервації.

Розділ 5 – „Хвороби гортані” включає 17 підрозділів: гостра фонастенія; хронічна фонастенія; гостра функціональна дисфонія; хронічна функціональна дисфонія; параліч і парези м'язів гортані; судома м'язів гортані; розлади чутливості гортані; гострий катаральний ларингіт; гострий стенозуючий ларинготрахеїт (несправжній круп); гортанна ангіна; флегмонозний ларингіт; гострий стеноз гортані; хронічний катаральний ларингіт; хронічний гіперпластичний ларингіт; хронічний атрофічний ларингіт; хондроперихондрит гортані; хронічний стеноз гортані; хронічний стеноз гортані і трахеї.

Викладаються відомості про гостру і хронічну фонастенію та гостру і хронічну функціональну дисфонію. Виділено дві форми гострої функціональної дисфонії: паретична (гіпокінетична, гіпотонусна) і спазматична (гіперкінетична, гіпертонусна). Відмічено, що параліч і парези м'язів гортані бувають неврогенні і міогенні, центральні і периферичні. Коротко описано судому м'язів гортані (ларингоспазм), розлади чутливості гортані. Вказано на 3 стадії гострого катарального ларингіту: початкову (суху); розпалу (вологу); зворотного розвитку. Детально представлено дані про гострий стенозуючий ларинготрахеїт (несправжній круп). Наведено 4 стадії цього захворювання (компенсовану; субкомпенсовану; декомпенсовану; термінальну) і дано клінічну характеристику

кожної з них. Зазначено, що лікування при гострому стенозуючому ларинготрахеїті є комплексним і залежить від стадії захворювання. Досить справедливо підкреслюється, що у лікуванні цих пацієнтів приймають участь педіатр, отоларинголог, реаніматолог. Коротко відомості про гортанну ангіну, флегмонозний ларингіт, гострий стеноз гортані. Відмічено 5 видів стенозу гортані за часом його розвитку: блискавичний; гострий; підгострий; хронічний; стійкий. Виділено 4 стадії у перебігу стенозу гортані.

Описано 3 форми хронічного ларингіту: катаральний; гіперпластичний; атрофічний. Гіперпластичний ларингіт розподілено на 2 форми: дифузну і обмежену. Характеризуються 5 основних видів обмеженої форми гіперпластичного ларингіту: 1-й – вузлики голосових складок; 2-й – поліп на широкій основі голосової складки; 3-й – набряк і гіпертрофія голосових складок (набряк Рейнке-Гаєска); 4-й – гіпертрофія вестибулярних складок; 5-й – гіпертрофія слизової оболонки міжчерпакуватого простору.

Розглядається хондроперихондрит гортані, хронічний стеноз гортані і трахеї. Вказано на 2 види перихондриту (зовнішній і внутрішній) і дана їх клінічна характеристика. Коротко описано природжений стеноз (стридор) гортані.

Розділ 6 – „Інфекційні гранульоми верхніх дихальних шляхів” включає 5 підрозділів: туберкульоз верхніх дихальних шляхів; вовчак верхніх дихальних шляхів; сифіліс верхніх дихальних шляхів; склерома верхніх дихальних шляхів; грануломатоз Вегенера. Представлено 3 шляхи зараження туберкульозом слизової оболонки верхніх дихальних шляхів при туберкульозі легенів (гематогенний; лімфогенний; контактний). Коротко описано туберкульоз порожнини носа, глотки, гортані. Вовчак верхніх дихальних шляхів віднесено до хронічної форми туберкульозу, яка поєднується з вовчаком шкіри. Зазначено, що туберкульозне ураження верхніх дихальних шляхів може бути у всіх їх ділянках. Відмічається, що сифіліс верхніх дихальних шляхів зустрічається у вигляді первинних (твердий шанкер), вторинних (еритема) і третинних (гума) проявів. Підкреслюється, що етіологія склероми верхніх дихальних шляхів вивчена недостатньо.

Акцентується увага на тому, що склероматозні процеси локалізуються у вузьких місцях верхніх дихальних шляхів: у вході в порожнину носа; хоанах; підголосовій порожнині гортані; бронхах. Визначається, що склеромні інфільтрати ніколи не ульцеруються, а поступово перетворюються на рубці. Коротко викладено дані про гранульоматоз Вегенера. Показано, що етіологія цього захворювання вивчена недостатньо. Слід відмітити, що вперше віднесено гранульоматоз Вегенера до інфекційних гранульом верхніх дихальних шляхів і вперше його описано. В підручниках з оториноларингології про це не повідомлялось.

Розділ 7 – “Ураження дихальних шляхів внаслідок ядерного вибуху та аварій на атомних електростанціях” буде надзвичайно цінним для читачів. До речі, воно також описано вперше. До цього відомості про таке ураження хіба що з’являлись в періодичній медичній пресі, а в підручниках про нього не згадується.

Розділ 8 – “Травми верхніх дихальних шляхів, вуха і стравоходу” складається з 7 підрозділів: травми вуха; електротравма вуха; вібраційна травма; травми носа та приносних пазух; травми глотки та шийної частини стравоходу; травми гортані та шийної частини трахеї; опіки. Підкреслюється, що серед травм ЛОР-органів найбільшу питому вагу мають uszkodження кісток лицевого скелета, особливо зовнішнього носа, потім – uszkodження вуха, гортані і горла. Вказується, що травми можуть захоплювати всі відділи вуха. Описуються травматичні uszkodження кожного з цих відділів. При цьому повідомляється про механічні травми вуха, електротравму вуха, вібраційну травму.

Детально описано травматичні uszkodження носа і приносних пазух. Вказуються чинники, від яких залежить характер цих uszkodжень. Приводяться різні види uszkodжень і лікувальна тактика при них. Коротко наведено дані про травми глотки та шийної частини стравоходу. Розглядається симптоматика травм гортані та шийної частини трахеї, лікувальна тактика при них. Повідомляється про такі рідкі травми, як відрив трахеї від гортані, розрив трахеї, відрив гортані від під’язикової кістки. Відмічається небезпечність таких травм для життя. Ці травми зви-

чайно рідко описуються в підручниках. Описуються також відкриті та закриті травми гортані. Представлені термічні і хімічні опіки вушної раковини, зовнішнього носа, глотки та стравоходу. Виділяється 4 ступеня опіків вушної раковини, 3 ступеня опіку зовнішнього носа. Вказано на 3 стадії розвитку опіку стравоходу: гостра (початкова); стадія престенозу (проміжна); стадія стенозу. Приводиться 3 ступеня гострої стадії, а також клінічні прояви цих стадій і ступенів, лікувальна тактика при них.

Розділ 9 – “Сторонні тіла вуха та дихальних шляхів і стравоходу” включає 4 підрозділи: сторонні тіла вуха; сторонні тіла носа та приносних пазух; сторонні тіла глотки і стравоходу; сторонні тіла гортані, трахеї та бронхів. Описано характер сторонніх тіл вуха, їх симптоми і лікувальна тактика. Представлені основні ознаки наявності стороннього тіла в порожнині носа: нежить із слизово-гнійними виділеннями та запахом; утруднене носове дихання. Коротко видані дані про риноліти. Наведено механізм їх розвитку. Визначаються на живі і неживі сторонні тіла глотки. Підкреслюється, що найчастіше сторонні тіла застерігаються у нижніх полюсах піднебінного мигдалика, його дужках, язиковому мигдалику, корені язика, задній стінці глотки та грушоподібних кишнях. Підкреслюється, що перебування сторонніх тіл в грушоподібних кишнях і потрапляння великих сторонніх тіл в гортанну частину глотки у маленьких дітей є небезпечним для їх життя. В першому випадку може виникнути абсцес і сепсис, в другому – блискавична форма стенозу гортані. Виділяються 2 групи сторонніх тіл стравоходу (неускладнені і ускладнені). Звертається увага на можливі їх ускладнення, серед яких відмічаються езофагіт, періезофагіт, проникаюча травма, медіастиніт, парез гортані, травматичні uszkodження серця, аорти, пневмонія, плеврит, кровотеча, стравохідно-трахеальні фістули. Детально описуються сторонні тіла гортані, трахеї та бронхів. В залежності від клінічного перебігу виділяються блискавичні, гострі, підгострі, хронічні та латентні форми сторонніх тіл дихальних шляхів. Спостерігаються 2 групи сторонніх тіл трахеї (ендогенні та екзогенні). Характеризуються клінічні прояви перебу-

вання сторонніх тіл в гортані, трахеї і бронхах, а також лікувальна тактика при цьому. Визначаються 3 стадії клінічного перебігу сторонніх тіл бронхів (початкова; латентна; явна). Представлені ускладнення, викликані наявністю сторонніх тіл в бронхах (порушення вентиляції; виключення з дихання ділянок легеневої паренхіми; грануляції; кровотеча; ушкодження стінок бронхів; розвиток пневмонії, абсцесу легенів).

Розділ 10 – “Кровотечі з ЛОР-органів” включає 4 підрозділи: кровотечі з вуха; носові кровотечі; кровотечі з глотки і стравоходу; кровотечі з гортані і трахеї. Описано 3 види кровотеч з ЛОР-органів: артеріальні; венозні; змішані. При розгляді кровотеч з вуха підкреслюється, що у більшості випадків вони є венозними. Виділено 4 причини кровотечі з вуха: травма; хірургічні втручання; запальні процеси в зовнішньому та середньому вусі; пухлини. Детально викладені дані про носові кровотечі. Підкреслюється, що носові кровотечі не є самостійним захворюванням, а тільки симптомом загального або місцевого патологічного процесу. Вказується на різні причини кровотечі з горла і стравоходу. Зазначено, що у дитячому віці найчастішою причиною кровотечі з горла є аденомотія і тонзилектомія. Відмічено характерні диференціальні ознаки кровотечі з горла і стравоходу, кровотечі з шлунка і з легенів. Звертається увага на рідкість виникнення кровотечі з гортані і трахеї у дітей.

Розділ 11 – “Доброякісні та злоякісні пухлини вуха і дихальних шляхів” складається з 10 підрозділів: пухлини зовнішнього вуха; пухлини середнього вуха; пухлини внутрішнього вуха; пухлини носа та приносних пазух; доброякісні пухлини глотки; злоякісні пухлини глотки; доброякісні пухлини стравоходу; злоякісні пухлини стравоходу; пухлини гортані; пухлини трахеї та бронхів. Серед доброякісних новоутворень зовнішнього вуха називаються ангиома, лімфангиома, фіброма, пігментна родима пляма, папілома, хондрома, остеома, кіста. До пухлиноподібних утворень зовнішнього вуха віднесено келоїд, шкірний ріг, обтуруючий кератоз, атерому, екзостоз зовнішнього слухового ходу. Із злоякісних пухлин зовнішнього вуха виділяється рак, меланома, саркома вушної раковини. Відмічається надзви-

чайна рідкість саркоми зовнішнього вуха. Підкреслюється, що доброякісні пухлини середнього вуха зустрічаються надзвичайно рідко. Серед них названо гемангіому, лімфангіому, невриному і гломусні пухлини, а з числа злоякісних – рак і саркому. Зазначено, що злоякісні новоутворення середнього вуха виникають, головним чином, на тлі хронічного гнійного середнього отиту, не виключаючи можливості розвитку раку без запального процесу. Доброякісні пухлини внутрішнього вуха у дітей майже не зустрічаються. Акцентується увага на складності діагностики злоякісних новоутворень внутрішнього вуха. До доброякісних пухлин носа та приносних пазух віднесено фіброму, папілому, аденому, остеому, ангиому, хондрому, кровоточивий поліп, кісту, мукоцеле; із злоякісних новоутворень представлені рак, саркома, естезіонейробластома.

За такою ж схемою, як пухлини носа та приносних пазух (доброякісні, злоякісні), описано новоутворення глотки. До доброякісних пухлин глотки віднесено фіброму, папілому, ангиому, кісту, невриному, волосатий поліп (хористома, тератома); змішані пухлини. Юнацька ангиофіброма носової частини глотки (базальний фіброїд, фіброма основи черепа) вважається пограничною пухлиною. За гістологічною будовою вона є доброякісною, але за клінічним перебігом належить до злоякісних, бо під час росту спричиняє деструкцію тканин. Серед злоякісних новоутворень представлено рак, саркому, лімфоепітеліому, ретикулоцитому (ретикулосаркому), меланобластома. Характеризуються доброякісні пухлини стравоходу: папілома, поліп, гемангіома, фіброма, кіста, а також злоякісні – рак і саркома. Розглядаються доброякісні пухлини гортані: папілома (папіломатоз, респіраторний папіломатоз), фіброма, кіста, ларингоцеле, ангиома. Підкреслюється, що фіброма, ларингоцеле, ангиома гортані у дитячому віці спостерігаються рідко. Серед злоякісних пухлин гортані представлено рак і саркому. Відмічено, що рак гортані у дітей майже не зустрічається, а саркома спостерігається дуже рідко. Представлено доброякісні (папілома, фіброма, ангиома, аденома) і злоякісні (рак і саркома) новоутворення трахеї і бронхів. Зазначено, що вони бувають рідко. Найчастіше визнача-

ється папілома, яка розповсюджується на трахею і бронхи з гортані.

Розділ 12 – “Аномалії розвитку ЛОР-органів” включає 6 підрозділів: загальні відомості про аномалії; аномалії розвитку вуха; аномалії розвитку носа; аномалії розвитку глотки і стравоходу; аномалії розвитку гортані, трахеї та бронхів; природжені кісти і фістули ший. Підкреслюється, що природжена патологія ЛОР-органів у дітей зустрічається рідко. При описуванні аномалій розвитку вуха зазначається їх природжений характер. Наводяться різні види аномалій зовнішнього вуха (макروتія, мікروتія, вухо макаки, котяче вухо, відхилення вушної раковини від соскоподібного відростка, атрезія слухового ходу). Відмічається різноманітність аномалій розвитку середнього вуха. Викладаються дані про природжені аномалії розвитку зовнішнього носа і носової порожнини, називаються фактори, що призводять до даної патології, перелічуються аномалії. Описуються аномалії розвитку глотки (природжене зрощення м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки; дивертикули) і стравоходу (повна або часткова його атрезія; природжені стенози стравоходу на різних рівнях; дифузне або часткове його розширення; трахеостравохідні фістули). Серед аномалій розвитку гортані названо дизгенезії хрящів гортані, ларингомаляцію хрящів гортані, природжену мембрану гортані. Вказується на такі аномалії бронхів і трахеї: відсутність головного бронха, кіля трахеї (каріни); гіпоплазія бронхів або розширення окремих частин трахеї; короткі трахея і бронхи; дивертикул трахеї; трахеальна фістула. Виділяються середні і бічні природжені кісти і фістули ший.

Слід зазначити, що проведення аномалій розвитку ЛОР-органів в одному розділі зроблено вперше. До цього в підручниках вони описувались окремо при розгляді захворювань того чи іншого ЛОР-органа.

Розділ 13 – “Післяопераційний період у хворих з ЛОР-патологією” присвячений догляду за хворими після хірургічних втручань на середньому вусі, носі і приносових пазухах, глотці (тонзилектомія, аденотомія), гортані та трахеї. Описано догляд за трахеостомою. Слід відмітити, що ці питання також вперше об'єднані в одному розділі. Раніше в підручниках вони, як і аномалії розвитку ЛОР-органів, приводились окремо при розгляді операцій на тому чи іншому ЛОР-органі.

В книзі зустрічаються невдалі вирази і русифіковані слова, наприклад: “сошник”, “сірчана пробка”, “рецидивуючий середній отит”, “алергічний середній отит”, “гайморит”, “грушоподібні закутки”, “носова перегородка” та ін. Одним з недоліків цієї книги є її порівняно невеликий тираж – 1000 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить вона попит отоларингологів та інших спеціалістів, які захочуть її придбати.

При перевиданні книги бажано навести ускладнення абсцесу перегородки носа, стадії склероми верхніх дихальних шляхів, види бронхостенозу при сторонніх тілах бронхів, ступені носової кровотечі, а також дані про набряк гортані.

В цілому книга А.А. Лайка і Д.І. Заболотного “Дитяча амбулаторна оториноларингологія” є фундаментальним і дуже цінним посібником не тільки для лікарів-інтернів та лікарів-курсантів, але і для магістрантів, аспірантів, клінічних ординаторів, студентів вищих навчальних медичних закладів III і IV рівнів акредитації, всіх отоларингологів, а також для інших фахівців. Видання книги українською мовою буде сприяти більш глибокому оволодінню спеціалістами українською медичною термінологією і українською мовою взагалі. Зазначені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують цінність книги.

Професор кафедри стоматології, оториноларингології та офтальмології Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського – Г.С. ПРОТАСЕВИЧ

Завідувач кафедри стоматології, оториноларингології та офтальмології Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського професор – П.В. КОВАЛИК