

## А.А.ЛАЙКО, Т.С.МОСТОВА, Л.І.ЛІТВІНЕНКО. ХРОНІЧНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ. – К.: ЛОГОС, 2003. – 237 С.

Вихід в світ даної книги є подією в оториноларингології. Це перший навчальний посібник в Україні на подібну тематику. В ньому узагальнений великий досвід авторів з питання лікування хворих на хронічний гнійний середній отит. Книга написана в компактній формі, складається з 5 розділів. Вона ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється. Список літератури включає велику кількість джерел інформації.

Розділ 1 – “Клінічна анатомія зовнішнього, середнього та внутрішнього вуха”. Вказано, що анатомічно вестибулярно-завитковий орган поділяється на зовнішнє, середнє і внутрішнє вухо, а функціонально – на звукопровідний і звукосприймаючий апарат. Підкреслюється, що до звукопровідного апарату органа слуху відноситься зовнішнє та середнє вухо, лабіринтні вікна, пери- і ендолімфатичні протоки внутрішнього вуха, основна і вестибулярна мембрана завитки, а звукосприймаючий апарат представлений спіральним органом внутрішнього вуха (кортіїв орган), слуховим нервом, нейронними утвореннями стовбура мозку і центральною частиною слухового аналізатора, що міститься у вискових закрутках Гешля великого мозку. При описі клінічної анатомії зовнішнього вуха звертається увага на дві його складові частини (вушна раковина та зовнішній слуховий хід). Вказується на дві частини зовнішнього слухового ходу – перетинчасто-хрящову і кісткову. Підкреслюється, що шкіра в перетинчасто-хрящовій частині зовнішнього слухового ходу вкрита волоссям, містить сальні та сірчані залози. Це має відповідне фізіологічне значення: волосся захищає вухо від проникнення комах, пилу, а сірка та жир змазують і очищають слуховий хід від лусочок та сторонніх часточок. Шкіра кісткової частини зовнішнього слухового ходу позбавлена волосся та залоз. Вона тонка, неправильної будови. Підкреслюється, що кісткова частина зовнішнього слухового ходу у немовлят відсутня, а є лише кісткове кільце; повне формування кісткової частини зовнішнього слухового ходу відбувається в трирічному віці дитини.

Описані три складові частини середнього вуха: барабанна порожнина, комірочки соскоподібного відростка, слухова труба. Стінки барабанної порожнини розглядаються у взаємозв'язку з розташованими поруч іншими анатомічними утвореннями.

Барабанна перетинка визначається як межа між зовнішнім слуховим ходом і середнім вухом. Детально описані особливості її будови: 2 складові частини (натягнута і розслаблена), 4 квадранти (передньоверхній, задньоверхній, передньонижній, задньонижній). Підкреслюється, що у дітей барабанна перетинка розташована під кутом 10-20°, а у дорослої людини – 30-40°. Відмічено, що у новонароджених барабанна порожнина заповнена міксоїдною тканиною, яка до кінця першого року життя поступово розсмоктується.

Вказано на 2 анатомічні частини слухової труби (кісткову і перетинчасто-хрящову). Підкреслюється, що слизова оболонка перетинчасто-хрящової частини слухової труби містить миготливий багаторядний епітелій, війки якого рухаються в бік носової частини глотки, що сприяє видаленню секрету з барабанної порожнини.

Відмічається, що соскоподібний відросток має повітроносні комірочки, вистелені сполучнотканиною оболонкою, вкритою плоским епітелієм. Вказано на 3 типи пневматизації соскоподібного відростка: пневматичний; диплоетичний (спонгіозний, губчастий); склеротичний. Підкреслюється, що останні два типи пневматизації є наслідком перенесеного рецидивного та хронічного гнійного середнього отиту.

Зазначено такі особливості будови зовнішнього та середнього вуха у немовлят: вискова кістка у новонароджених відсутня, а замість неї є три самостійні кістки (кам'яниста, барабанна, сквамозна); у верхній стінці барабанної порожнини розташована *fissura petrosquamosa*; відсутній соскоподібний відросток та кісткова частина зовнішнього слухового ходу; барабанна перетинка товста і розташована майже в горизонтальній площині; слухова труба коротка, майже відсутня її кісткова частина, барабанний отвір знаходиться у надбарабанному просторі, а глотковий – на рівні твердого піднебіння; барабанна порожнина заповнена міксоїдною тканиною.

Детально описано внутрішнє вухо. При цьому звертається увага на 2 його анатомічні складові частини (кістковий і перетинчастий лабіринт). Вказується на 3 складові частини кісткового лабіринту (вестибулярна частина, завитка, три півколових канали) та 6 складових частин перетинчастого лабіринту (завиткова прото-

ка, мішечок, маточка, 3 півколові протоки). Розглянуті анатомічні особливості органа слуху, без сумніву, будуть цікавими для студентів, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів, аспірантів, клінічних ординаторів, магістрів, отоларингологів.

Розділ 2 - “Частота виникнення, етіологія, патогенез і патологічна анатомія хронічного гнійного середнього отиту”. Після визначення поняття хронічного гнійного середнього отиту відмічено дві його кардинальні ознаки (стійка перфорація барабанної перетинки, постійна або періодична гноетеча з вуха) і соціальне значення (виникнення приглухуватості). Підкреслюється, що кількість захворювань на хронічний гнійний середній отит суттєво зменшується, а етіологія вивчена ще недостатньо.

Відмічається роль бактеріального фактора в етіології хронічного гнійного середнього отиту. При цьому зазначається, що активність процесу значною мірою залежить від патогенності, виду, властивостей і вірулентності мікробного агента, а також від реактивності організму хворого; в розвитку цього захворювання тубогенний шлях розповсюдження інфекції є головним. Проведені авторами бактеріологічні дослідження свідчать про значну близькість видового складу мікробів-збудників у барабанній і носовій порожнині. Вказується, що в етіології хронічного гнійного середнього отиту приймає участь як вірусна, так і бактеріальна інфекція, зокрема підкреслюється роль грибів і анаеробів. Результати виконаних досліджень свідчать про те, що етіологічним чинником даного захворювання є поліфлора. в його розвитку, крім мікробного, відіграють роль й інші фактори: вікові анатомо-фізіологічні особливості будови середнього вуха; стан верхніх дихальних шляхів; супутні захворювання бактеріального чи вірусного генезу; зміна реактивності організму; нераціональне лікування з приводу гострого середнього гнійного отиту. Відмічається, що роль цих чинників неоднакова. Нерідко виникнення і перебіг хронічного гнійного середнього отиту зумовлюють кілька факторів. В його виникненні велике значення має патологія верхніх дихальних шляхів (аденоїдні вегетації, деформація перегородки носа, хронічний риніт, синусит), а також алергія. Зазначено, що найчастіше хронічний гнійний середній отит розвивається на тлі гострого запалення середнього вуха.

Дослідження авторів показали, що зміни функціонального стану імунної системи суттєво впливають на виникнення і перебіг хронічного гнійного середнього отиту. Вони виявили, що при гіперергічній його формі відбувається стимуляція ланки імунної системи, при гіпоергічній

розвивається виражений імунодефіцит, який визначає особливості клінічного перебігу захворювання. При вивченні вмісту імуноглобулінів основних класів у сироватці крові пацієнтів з гіперергічною формою захворювання автори спостерігали значне підвищення показників IgA і IgG та зниження IgM, а при гіпоергічній – тільки зниження показника IgM, а рівень IgA від норми суттєво не відрізнявся.

За даними визначення дренажної функції слухової труби трансстимпанальним нагнітанням розчину фурациліну 1:5000 автори виділили 3 ступеня прохідності слухової труби. При цьому спостерігається залежність її прохідності від віку хворого, обсягу перфорації барабанної перетинки та активності запального процесу в барабанній порожнині. Отже, проведені дослідження вказують на важливу роль слухової труби в патогенезі хронічного гнійного середнього отиту. Зазначається, що патологічна анатомія хронічного гнійного середнього отиту характеризується розвитком запальних каріонекротичних і холестеатомних процесів у порожнинах середнього вуха, головним чином, у барабанній порожнині: при хронічному мезотимпаніті патологічний процес локалізується в основному в середній і нижній частинах барабанної порожнини та слуховій трубі, при епітимпаніті – в аттикоантральній ділянці. Підкреслюється, що патологістологічні зміни залежать від багатьох чинників, але, головним чином, від клінічної форми хронічного гнійного середнього отиту. Безсумнівно, що викладені в цьому розділі відомості мають велике практичне значення.

Розділ 3 - “Класифікація, клінічний перебіг та діагностика хронічного гнійного середнього отиту”. Виділяються дві форми хронічного гнійного середнього отиту (мезотимпаніт і епітимпаніт), які відрізняються особливостями клінічного перебігу і отоскопічними даними. Підкреслюється, що клінічні прояви хронічного гнійного середнього отиту характеризується п'ятьма ознаками, які є спільними для обох його форм, і окремими ознаками, які характерні для кожної форми хронічного отиту. Перелічено спільні ознаки цього отиту: тривалість захворювання; гнійні виділення з вуха понад 6 міс; наявність стійкої перфорації; зниження слуху; інколи шум в вусі. Детально описується клінічна симптоматика хронічного гнійного мезотимпаніту і епітимпаніту. Відмічається, що при мезотимпаніті виділення з вуха мають слизовий, слизово-гнійний або гнійний характер без запаху, але інколи вони набувають неприємного запаху, зумовленого розпадом епідермальних лусочок та застоєм. За даними авторів, у більшості хворих на мезотимпаніт спостерігаються перфо-

рації невеликих розмірів. Підкреслюється, що у разі гіперемії і деякої інфільтрації частини барабанної перетинки можна думати про поширення патологічного процесу на аттик. Зазначається, що типовий діагноз мезотимпаніту не завжди збігається з діагнозом, який визначається під час хірургічного втручання, коли знаходять холестеатому. Описуються три ступеня ураження звукопровідного апарату при хронічному мезотимпаніті (легкий, середньої тяжкості та тяжкий). Дається аудіометрична характеристика кожного з них. Акцентується увага на тому, що перебіг хронічного мезотимпаніту, навіть без лікування, сприятливий, ускладнення не характерні для нього. Це зумовлюється двома факторами: 1) достатній відтік патологічного вмісту з барабанної порожнини; 2) тривале запалення спричиняє склерозування кісткових стінок середнього вуха, що запобігає проникненню за їх межі запального процесу.

Підкреслюється, що для діагностики хронічного мезотимпаніту вирішальне значення має характер перфорації барабанної перетинки, а не її розміри, а також ступінь ураження звукопровідного і звукосприймаючого апаратів.

Відмічається, що при епітимпаніті виявляється перфорація в розслабленій частині барабанної перетинки, яка буває крайовою або центральною в передніх чи задніх ділянках шрапнелевої частини перетинки, а також можливий тотальний її дефект. Вказується на різницю перебігу епітимпаніту в залежності від характеру і локалізації цієї перфорації: при крайовій перфорації запальний процес більш стійкий за рахунок карієсу кісткового кільця, при цьому з'являються грануляції, поліпи з аттика або антрума, утворюється холестеатома, виникають внутрішньочерепні ускладнення; у разі перфорації в передній шрапнелевій частині барабанної перетинки патологічний процес поширюється на слухову трубу, спричиняє виникнення гнійного сальпінгоотиту, що значно погіршує перебіг захворювання.

Повідомляється, що при хронічному епітимпаніті можлива перфорація барабанної перетинки над бічним відростком молоточка, що патогенетично зумовлено порушенням функції слухової труби; локалізація перфорації в задніх частинах барабанної перетинки має більш злов'язкий перебіг, ніж при розташуванні в передніх її частинах, вона поширюється на аттикоантральну ділянку, далі на соскоподібний відросток, нерідко оголюючи тверду мозкову оболонку середньої і задньої черепних ямок або одночасно їх обох.

Описуються дві форми холестеатом (інкапсульована і інвазивна) і дається характеристика клінічного їх перебігу. Відмічається, що

ураження слухової функції більш виражено при епітимпаніті, ніж при мезотимпаніті. Підкреслюється, що у хворих на хронічний гнійний середній отит обов'язково треба досліджувати вестибулярний апарат, навіть за відсутності скарг на його порушення. Показано, що у дітей під час вестибулометрії при цьому часто виявляється гіперрефлексія (явна або латентна вестибулярна дисфункція), а при частих загостреннях хронічного середнього отиту – гіпорефлексія. Вказується, що у хворих на хронічний отит дітей часто виявляється порушення отолітової функції – гіпорефлексія та арефлексія отолітової реакції.

Акцентується увага на тому, що для проведення діагностики хронічного епітимпаніту, крім отоскопії, отомікроскопії, дослідження слухової, вестибулярної функції, функції слухової труби, необхідно застосовувати рентгенологічні дослідження вискової кістки за допомогою бічної укладки за Шюллером, рідше - аксіальної укладки за Мейером, щоб оцінити розповсюдження патологічного процесу, особливо холестеатоми, та вибрати відповідну клінічну тактику, а також прогнозувати обсяг хірургічного втручання.

Коротко приводиться описання алергічного середнього отиту. Підкреслюється, що хронічний алергічний середній отит діагностується на основі клінічних ознак та параклінічних методів дослідження. Без сумніву, наведені дані цього розділу мають важливе практичне значення.

Розділ 4 - "Методи консервативного і хірургічного лікування хронічного гнійного середнього отиту". Повідомляється, що лікування при хронічному гнійному середньому отиті має бути комплексним, оскільки жоден метод (місцевий чи загальний), взятий окремо, не дає ефекту. Головна мета лікування полягає в санації порожнин середнього вуха. Проводиться загальне і місцеве лікування. Із загальних засобів автори рекомендують антибактеріальні і десенсibiliзуючі препарати, а з числа антибактеріальних - напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспори, аміноглікозиди, бруламідин (тобрамідин), фортум, поліміксин В, клафоран, тиенам в залежності від даних антибіотикограми. З числа місцевих засобів застосовується виконання туалету вуха; забезпечується достатній відтік патологічного вмісту з барабанної порожнини; призначаються антисептики. Описується місцева терапія з використанням різних лікарських препаратів. Вказується на негативні наслідки спиртових розчинів, які викликають набряк і опік слизової оболонки барабанної порожнини.

Зазначається, що при призначенні фізіотерапії слід враховувати не тільки клінічну ста-

дію захворювання, але й особливості індивідуального сприйняття кожним конкретним пацієнтом, що залежить від його місцевого та загального імунітету по відношенню до даного етіологічного і патогенетичного фактора. Перелічуються різні фізіотерапевтичні процедури. Розглядається лікування при алергічному середньому отиті. Описується техніка хірургічного втручання при хронічному гнійному середньому отиті (антродренаж, ендонауральне дренирування адитуса, антромастоїдектомія, загальнопорожнинна операція, мастоїдопластика), наведені показання і протипоказання до цих операцій. Мастоїдопластику автори умовно розподіляють на 3 типи: первинну; відстрочену; вторинну. Викладені показання до хірургічного втручання на раніше радикально оперованому вусі, представлена техніка операції. Детально описується мірингопластика. Наведені в цьому розділі дані, безумовно, мають велике значення для практикуючих лікарів.

Розділ 5 - "Профілактика хронічного гнійного середнього отиту". Відмічається, що одним з головних завдань профілактики хронічного гнійного середнього отиту є своєчасне і раціональне лікування з приводу гострого та рецидивного середнього отиту. Автори коротко описують лікування при гострому і рецидивному середньому отиті. Підкреслюється, що необхідно проводити комплексну консервативну терапію при хронічному гнійному середньому отиті в стадії загострення і в "холодний" період в залежності від клінічної форми захворювання. Підкреслюється, що хворі на хронічний гнійний середній отит повинні бути зараховані на диспансерний облік і треба, щоб їх оглядав отоларинголог спільно з педіатром 2 рази на рік, бажано до і після купального сезону. При цьому лікування повинно проводитися не тільки в умовах районної лікарні, але й в дільничних лікарнях, фельдшерсько-акушерських пунктах під контролем отоларинголога. Вказується, що при призначенні терапії треба враховувати загальний стан пацієнта, клінічну форму хронічного гнійного середнього отиту, наявність загострення та ускладнення. Під

час загострення хронічного отиту хворих необхідно направляти до оториноларингологічного стаціонару, де лікар визначає обсяг діагностичних та лікувальних заходів. Розглядається роль і місце амбулаторно-поліклінічної служби в проведенні профілактичних заходів. У "холодний" період рекомендується проводити лікування з приводу соматичних захворювань, а також хірургічну чи консервативну санацію верхніх дихальних шляхів. При імунологічній недостатності призначаються імуномодулятори, а при алергічних станах – курси гіпосенсибілізуючої терапії. На думку авторів, в загальному комплексі лікувально-оздоровлюючих заходів при хронічному гнійному середньому отиті недостатньою мірою використовується загальнозміцнююча терапія. Викладені в цьому розділі відомості також мають відповідне значення.

Нам здається, що більш доцільно було б дати в книзі кольорові ілюстрації. На нашу думку, краще було б назвати книгу "Хронічний гнійний середній отит", оскільки в ній мова йде саме про цю форму хронічного запалення середнього вуха. В списку літератури не приведені назви робіт. В книзі зустрічаються деякі невдалі вирази і русифіковані слова.

Одним з недоліків книги, в якому, однак, не можна звинувачувати авторів, є порівняно невеликий тираж – 1000 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить вона попит всіх бажаючих її придбати. Адже книгу захочуть отримати не тільки отоларингологи, але і лікарі інших спеціальностей, студенти вищих медичних навчальних закладів, які готуються стати отоларингологами.

В цілому книга А.А. Лайка, Т.С. Мостової, Л.І. Літвіненка "Хронічний середній отит" – це дуже цінне видання для отоларингологів, педіатрів та інших спеціалістів. Адже в ній, хоча і в стислому вигляді, але майже з вичерпною повнотою викладено проблему хронічного гнійного середнього отиту на сучасному рівні. Зазначені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують цінність монографії.

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

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

Надійшла до редакції 15.03.06.