

УДК 616.284.002.2(049.3)

**А.А. ЛАЙКО, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, І.І. ГОРІШНІЙ.
СЕКРЕТОРНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ. – К.: Логос, 2005. – 120 с.**

Вихід в світ даної книги є подією в оториноларингології. Її автори – проф. А.А. Лайко і чл.-кор. АМН України, проф. Д.І. Заболотний – є відомими науковцями не тільки в Україні, а й за кордоном, вони провідні вітчизняні отоларингологи. Це перший навчальний методичний посібник в Україні на подібну тематику. В ньому узагальнено великий досвід авторів з питання діагностики та лікування хворих на секреторний середній отит. Хоча книга представлена як навчальний методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів курсів підвищення кваліфікації закладів (факультетів) післядипломної освіти, вона буде корисною також для магістрів, аспірантів, клінічних ординаторів, студентів вищих навчальних медичних закладів, які вивчають оториноларингологію, а також для практикуючих отоларингологів. Книга написана в компактній, доступній формі, має 6 розділів. Вона ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється. Список літератури складається з великої кількості джерел інформації. В посібнику є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять читачів з новими лікарськими засобами, що застосовуються в оториноларингології.

Розділ 1 – “Клінічна анатомія зовнішнього та середнього вуха”. Вказано, що орган слуху розвивається в тісній взаємодії з навколишнім середовищем і прогресивно диференціюється. Зазначено, що анатомічно орган слуху розподіляється на зовнішнє, середнє і внутрішнє вуха, а функціонально – на звукопровідний і звукосприймаючий апарати. Коротко описано розвиток органа слуху. При цьому підкреслюється, що в період ембріонального розвитку плода людини спочатку утворюється внутрішнє вуха, потім – середнє і зовнішнє. Відмічається, що до звукопровідного апарату органа слуху належить зовнішнє та середнє вуха, пери- і ендолімфатичні простори внутрішнього вуха, основна пластинка і вестибулярна мембрана завитки, а до звукосприймаючого – спіральний орган внутріш-

нього вуха, слуховий нерв, його ядра, які закладені в довгастому мозку, і центральний відділ слухового аналізатора у скроневих закрутках кори великого мозку. При описі анатомічних особливостей зовнішнього вуха звертається увага на дві його складові частини – вушну раковину (auricula) і зовнішній слуховий хід (meatus acusticus externus). Коротко представлено анатомічні складові вушної раковини. Вказується на дві частини зовнішнього слухового ходу – перетинчасто-хрящову і кісткову. Підкреслюється, що кісткова частина у новонароджених і немовлят відсутня, а є тільки перетинчасто-хрящова; формування кісткової частини відбувається в трирічному віці. Зазначено, що величина просвіту зовнішнього слухового ходу змінюється на всьому його протязі. Відмічається, що шкіра в перетинчасто-хрящовій частині зовнішнього слухового ходу вкрита волоссям, містить сальні та сірчані залози. Шкіра кісткової частини зовнішнього слухового ходу позбавлена волосся та залоз. Вона є дуже тонкою. Визначаються чотири стінки зовнішнього слухового ходу, найдовша з яких – передня. Вказується на наявність санторінійових щілин в хрящовій ділянці зовнішнього слухового ходу, з яких дві - найбільш постійні, що розташовані в передній та нижній стінках слухового ходу і виповнені сполучною тканиною. Акцентується увага на клінічному значенні цих щілин: через них запалення з привушної слинної залози може перейти на зовнішній слуховий хід, а гнійний процес з хрящового відділу зовнішнього слухового ходу може поширитись на привушну слинну залозу.

Відмічаються 8 особливостей будови зовнішнього вуха у дітей: 1) вушна раковина новонародженого м'яка, малорухома, малоеластична, контури не дуже виражені, ріст її закінчується в період статевого дозрівання; 2) зовнішній слуховий хід немовляти складається тільки з перетинчасто-хрящового відділу, кісткова частина відсутня; 3) зовнішній слуховий хід коротший, ніж у дорослих; 4) зовнішній слуховий хід у немовлят за формою

має вигляд щілини і заповнений жировою змазкою та злущеним епідермісом; 5) для вирівнювання зовнішнього слухового ходу при отоскопії необхідно відтягнути вушну раковину вниз і назад, а в дорослих – угору і назад; 6) зовнішній слуховий хід у дітей грудного віку дуже звивистий, що утруднює його огляд; 7) у передньонижній стінці зовнішнього слухового ходу розташовані санторінійові щілини, які можуть бути місцем прориву запального процесу з вуха на привушну слинну залозу і навпаки; 8) у зовнішньому слуховому ході є сальні і церумінальні залози, які в нормі відіграють захисну роль, а при їх гіперсекреції зумовлюють утворення сірчаної пробки.

Описано 3 складові частини середнього вуха – барабанна порожнина, комірочки соскоподібного відростка, слухова труба, а також 3 відділи барабанної порожнини – верхній (аттик), середній, нижній. Розглядаються 6 стінок барабанної порожнини (передня, задня, верхня, нижня, зовнішня і внутрішня) у взаємозв'язку з розташованими поблизу іншими анатомічними утвореннями.

Барабанна перетинка представлена як межа між зовнішнім слуховим ходом і середнім вухом. Детально описані особливості її будови: 2 складові частини (натягнута і розслаблена), 4 квадранти (передньовверхній, задньовверхній, передньонижній, задньонижній). Підкреслюється, що у новонародженої дитини барабанна перетинка розташована під кутом 20° , а у дорослої людини – під 45° . Відмічено, що у новонароджених барабанна порожнина заповнена міксоїдною тканиною, яка до 3-4 міс поступово розсмоктується.

Вказано на 2 анатомічні частини слухової труби (кісткову та перетинчасто-хрящову) і 2 її отвори (глотковий і барабанний). Підкреслюється, що слизова оболонка слухової труби вистелена миготливим епітелієм, війки якого рухаються в бік носової частини глотки, що перешкоджає проникненню бактерій та інших сторонніх решток в барабанну порожнину. Перераховуються особливості будови слухової труби у новонародженого: 1) вона майже вдвічі коротша, ніж у дорослих; 2) має циліндричну форму; 3) ширша; 4) розташована майже горизонтально; 5) глотковий отвір знаходиться нижче, ніж у дорослих, а саме: на рівні твердого піднебіння.

Розглядаються 3 типи пневматизації соскоподібного відростка: пневматичний; диплоетичний (спонгіозний, губчастий); склеро-

тичний. Підкреслюється, що у дітей частіше буває змішаний, тобто диплоетично-пневматичний тип соскоподібного відростка, у дітей віком до 3 років – бульозно-диплоетичний тип, у віці від 4 до 7 років – обмежений комірково-диплоетичний. Виділяються такі групи комірок соскоподібного відростка: перифаціальні; перилабіринтні; порогові; темпоральні; кутові; верхівкові; апікальні; виличні. Представлені анатомічні особливості органа слуху, без сумніву, зацікавлять студентів, лікарів-інтернів, лікарів-курсантів, аспірантів, клінічних ординаторів, магістрів, отоларингологів.

Розділ 2 – “Етіологія і патогенез секреторного середнього отиту”. Повідомляється, що секреторний середній отит (ССО) описав А. Політцер в 1868 р. Запропоновано близько 20 термінів для цієї нозологічної одиниці: ексудативний середній отит; секреторний катар середнього вуха; туботимпаніт; туботимпанальний катар; мукозний отит; мукоїдне вуха; “клейке вуха”; серомукоїдний катар середнього вуха; серозний отит та інші.

Відмічається, що етіологія і патогенез ССО різнобічні і ще недостатньо вивчені. Разом з тим автори книги підкреслюють, що їх багаторічний досвід свідчить про те, що не вирішено багато питань не тільки з етіології та патогенезу, але і стосовно недосконалої діагностики, показань до консервативного та хірургічного лікування, а також самих методів терапії. Вказується, що відіграють роль різні фактори: бактеріально-вірусна інфекція; захворювання носа, навколоносових пазух, глотки, які спричиняють порушення функції слухової труби, що зумовлює недостатню аерацію барабанної порожнини та евакуацію її вмісту; алергія верхніх дихальних шляхів; порушення неспецифічної і специфічної імунологічної реактивності у вигляді дефіциту Т-системи імунітету, пригнічення цитологічної активності природних цитотоксичних клітин і фагоцитарної активності поліморфноядерних лейкоцитів, гуморального імунітету. Зазначено, що в патогенезі ССО відіграє роль обструкція слухової труби. При цьому виникає замкнуте коло: запалення і дисфункція слухової труби викликає зниження тиску в порожнині середнього вуха, внаслідок чого розвивається колапс рухомої частини барабанної перетинки, а це призводить до тимпанальної ретракції. В свою чергу, колапс рухомої частини барабанної перетинки веде до колапсу стінок

слухової труби, який зумовлює закриття останньої. Це спричиняє порушення чи погану вентиляцію порожнини середнього вуха, в результаті чого відбувається зниження в ній тиску. Підкреслюється, що ССО розвивається часто на тлі невилікованого сальпінгоотиту або гострого чи рецидивуючого середнього отиту під час запалення процесу у верхніх дихальних шляхах, рідше – при процесах алергічного характеру, під впливом природжених чинників. Дисфункція або обструкція слухової труби призводить до зниження інтратимпанального тиску з наступною трансудацією, а потім – ексудацією при приєднанні інфекції і з надмірним збільшенням числа бокаловидних клітин та зменшенням кількості війчастих клітин, стерилізацією вмісту імунними механізмами і наступним переходом процесу в інші негнійні захворювання середнього вуха, окрім отосклерозу. Отже, в патогенезі беруть участь багато чинників. Цей розділ також буде цікавим для читачів книги.

Розділ 3 – “Клінічна характеристика секреторного отиту”. Відмічається, що клінічна симптоматика захворювання у дітей дуже різноманітна, але малоінформативна. Описано наступні форми ССО: гостра, підгостра, хронічна (стабільна, наростаюча чи регресуюча, ускладнена). Зазначається, що гостра стадія ССО відповідає клінічним проявам гострого сальпінгоотиту; в деяких випадках гостра форма ССО переходить в підгостру, а також в хронічну стадію в результаті неадекватного лікування або тоді, коли патологічний процес з самого початку набуває первинно-хронічного перебігу при конституційних аномаліях, хронічних захворюваннях верхніх дихальних шляхів і навіть без видимих причин. Вказано на 3 форми вмісту в барабанній порожнині при тривалому перебігу ССО: в’язкий желеподібний; серозний; мукоїдний – “липке вухо”. Підкреслюється, що отоскопічні зміни при ССО надто різноманітні, але мало виражені, і майже немає характерних клінічних ознак. Барабанна перетинка мутна, втягнена або випнута, є осередки тимпаносклерозу, мірингосклерозу, кальцифікатів. За допомогою отоскопії, отомікроскопії важко визначити патологічний процес в барабанній порожнині, а тим більше морфологічну стадію захворювання. Описується симптом зміни слуху при зміні положення голови. Він виявляється за допомогою аудіометричних методів і має значення у діагностиці і диференціа-

ції захворювання. Окрім того, у хворих на ССО чітко виявляється зниження слуху по повітряній і, меншою мірою, по кістковій провідності. Підкреслюється значення акустичної імпедансометрії в діагностиці ССО, яка проводиться методом тимпанометрії та дослідженням акустичного рефлексу. Виділяється 5 типів тимпанограм (А, В, С, Д, Е) і дається їх характеристика. Наведені в цьому розділі дані також мають велике значення для читачів книги.

Розділ 4 – “Діагностика секреторного середнього отиту”. Зазначено, що діагностика ССО базується на комплексному обстеженні пацієнта. Вказано, що на основі дослідження вуха можна поставити правильний діагноз, виходячи з диференціальної діагностики (хронічний сальпінгоотит, адгезивний отит, отосклероз та ін.). Відмічено, що причину захворювання доцільно шукати в ураженні верхніх дихальних шляхів або у патології імунного статусу. Підкреслюється, що комплексне дослідження верхніх та нижніх дихальних шляхів і оцінка отриманих даних дозволяють зробити висновок про причини виникнення ССО.

Даний розділ також представляє відповідний інтерес.

Розділ 5 – “Лікування при секреторному середньому отиті”.

Зазначається, що лікування хворих на ССО має бути поетапним, комплексним, оскільки жоден метод, взятий окремо, не дає позитивного результату. На першому місці стоїть санація порожнини носа та навколососових пазух, носової частини глотки. Наступним етапом терапії є відновлення функції слухової труби різними методами її продування або застосуванням жувальної гумки для вентиляції барабанної порожнини. Потім через катетер вводять різні лікарські препарати: антисептики, розчини антибіотиків, стероїдних препаратів, протеолітичні ферменти, муколітики та ін. Відмічається ефективність методу введення кортикостероїдних препаратів через катетер у слухову трубу. Вказано на використання фізіотерапевтичних методів: аерозолі чи електроаерозолі; інгаляції з новоіманіном, прополісом або їх комбінацією, антибіотиками, відповідно до антибіотикограми; ендоназальний електрофорез або інтратубарний електро- чи діадинамофорез; гелій-неоновий лазер в поєднанні з магнітотерапією. Підкреслюється ефективність застосування носовушного електрофорезу, при якому одночасно

відбувається вплив на барабанну порожнину, носову порожнину і носову частину глотки.

При лікуванні хворих на ССО призначаються різні медикаментозні препарати: аугментін, цефтибутен, цефактор, цефурукосим, азитроміцин, кларитроміцин, ереспал та ін. Повідомляється про дозування і тривалість терапії цими препаратами. Відмічена ефективність методу тимпанопункції з наступним промиванням барабанної порожнини. Представлені показання до шунтування і тривалого дренажу барабанної порожнини та методики шунтування барабанної порожнини. Дані цього розділу будуть особливо корисними для отоларингологів.

Розділ 6 – “Профілактика секреторного середнього отиту”. Зазначається, що профілактика ССО пов’язана з ліквідацією тих чинників, які призвели до розвитку захворювання. Насамперед, це профілактика інфекційних захворювань, зокрема ГРВІ, що тісно пов’язані з патологією верхніх дихальних шляхів, захворюванням слухової труби і, як наслідок, виникненням ССО. Підкреслюється, що діти, які перенесли інфекційні захворювання, оглядаються отоларингологом для виявлення ускладнень з боку верхніх дихальних шляхів та вуха. Рекомендується при підозрі на зниження слуху у дітей проводити тимпанометрію та використовувати психоакустичні методи дослідження слуху. Пропонується особливу увагу звертати на необхідність санації порожнини носа і глотки для профілактики розвитку запальних та негнійних захворювань середнього вуха. У разі наявності гострого сальпінгоотиту призначається лікування до повного відновлення слухової функції. Відмічається важливе значення в профілактиці ССО загальнозміцнюючих заходів, санаторно-курортного лікування. Вказано, що педі-

атр проводить лікування при соматичних захворюваннях. При імунологічній недостатності застосовуються імуномодулятори, а при алергічних захворюваннях призначаються курси антигістамінних препаратів першого або другого покоління. Проводиться санітарно-освітня робота серед дітей шкільного віку. Підкреслюється, що при вирішенні вибору професії слід враховувати медичні та соціальні критерії, зокрема навантаження на слуховий і вестибулярний аналізатори в процесі майбутньої професійної діяльності. 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 її “Секреторний середній отит у дітей”, оскільки в ній мова йде саме про цю вікову групу. У виданні 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 хочуть отримати не тільки отоларингологи, але і лікарі інших спеціальностей, студенти вищих навчальних медичних закладів, які готуються стати отоларингологами.

В цілому книга А.А. Лайка, Д.І. Заболотного, І.І. Горішнього “Секреторний середній отит” – це дуже цінне видання для отоларингологів, педіатрів та лікарів інших спеціальностей. Адже в ній, хоча і в стислому вигляді, але майже з вичерпною повнотою викладено проблему секреторного середнього отиту на сучасному рівні. Зазначені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують цінність монографії.

Професори кафедри оториноларингології Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського –

Г.С.ПРОТАСЕВИЧ, П.В.КОВАЛИК