

УДК 616.322-007.61

**Д.І. Заболотний, А.А. Лайко, О.Ф. Мельников [та ін.]**  
**«Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки». – К., Логос, 2009. –**  
**175 с.: іл. – Бібліогр.: с. 143-173**

Монографія колективу авторів за редакцією директора ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України», головного позаштатного спеціаліста МОЗ України зі спеціальності «Отоларингологія», доктора медичних наук, професора, Заслуженого діяча науки і техніки України, член-кор. АМН України Д.І. Заболотного; професора кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, доктора мед. наук, заслуженого лікаря України А.А. Лайко; завідувача лабораторії патофізіології та імунології ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України», професора О.Ф. Мельникова присвячена сучасним питанням етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки.

Співавторами монографії є А.Л. Косаківський – завідувач кафедри дитячої отоларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, головний позаштатний спеціаліст МОЗ України зі спеціальності «дитяча отоларингологія», доктор медичних наук, професор; В.В. Березнюк – завідувач кафедри оториноларингології Дніпропетровської державної медичної академії, доктор медичних наук, професор, заслужений лікар України; Д.Д. Заболотна – старший науковий співробітник ДУ «Інституту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка АМН України», кандидат медичних наук; Ю.А. Молочек – асистент кафедри дитячої отоларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, завідувач ЛОР-відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ», кандидат медичних наук, Л.А. Шух – дитячий отоларинголог. В.В.

Сегал та І.А. Косаківська – асистенти кафедри дитячої отоларингології, аудіології та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидати медичних наук. Позитивні рецензії дали Р.А. Абизов – завідувач кафедри оториноларингології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України та О.М. Науменко – професор кафедри оториноларингології Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, доктор медичних наук, професор.

Той факт, що авторами монографії та її рецензентами є провідні фахівці України зі спеціальності «Отоларингологія» та «Дитяча отоларингологія», свідчить про актуальність та практичну значимість вибраної теми.

Монографія рекомендована до друку Вченою радою Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (протокол №2 від 21.02.2007 року) та Асоціацією дитячих отоларингологів України.

Основою монографії є багатий практичний досвід авторів з цієї проблеми, а також систематизовані дані літератури.

При ознайомленні з монографією відчувається чітко виражений підхід та академічний стиль викладення матеріалу. Вона написана державною мовою на високому методичному рівні у обсязі 175 сторінок, а наклад складає 1000 примірників. Дотримано вимоги міжнародної анатомічної номенклатури. Монографія ілюстрована 30 рисунками та 3 таблицями, що робить матеріал більш наочним і таким, що легко засвоюється. В монографії є 6 листків з кольоровими рекламними вклейками, що знайомлять читача з новими лікарськими засобами.

Монографія написана в класичному стилі і складається з передмови; 5 наступних розділів: 1-клінічна анатомія та фізіологія глотки, 2-методики обстеження глотки, 3-етіологія і патогенез гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки, 4-клініка і діагностика лімфаденоїдної тканини глотки, 5-методи лікування хворих з гіпертрофією лімфаденоїдної тканини глотки; висновків, літератури, предметного покажчика.

Зміст дає змогу легко і швидко зорієнтуватися в матеріалі при читанні книги.

В передмові лаконічно, але змістовно представлено суть проблеми: вперше систематизовані дані літератури і представлені результати власного досвіду з проблеми гіпертрофії лімфаденоїдної тканин глотки у дітей та дорослих. Мета монографії - надати практичну допомогу отоларингологам у проблемі, з якою вони повсякденно зустрічаються у своїй роботі.

## **РОЗДІЛ 1 “Клінічна анатомія та фізіологія глотки”** включає 5 підрозділів.

### *1.1. Клінічна анатомія глотки (горла).*

Класично показано клінічну анатомію глотки, її особливості у віковому аспекті. Позитивом є детальне описання клінічної анатомії заглоткового та парафарингеального просторів, що має значення в клініці для діагностики та лікування такої серйозної патології, як заглотковий абсцес та парафарингеальна флегмона.

### *1.2. Клінічна анатомія лімфаденоїдного апарату глотки.*

Детально описана анатомія лімфаденоїдного глоткового кільця, яке правильніше називається – Гіппократа-Вальдейєра-Пирогова. Згадано також про гортанний мигдалик, запалення якого веде до гортанної ангіни. Мигдалики належать до лімфоепітеліальних утворень і разом з пейєровими пляшками, солітарними фолікулами та апендиксом складають лімфоепітеліальний комплекс (MALT-система). Дається повна характеристика клітинного складу піднебінних мигдаликів та мікробного пейзажу останніх при хронічному тонзиліті. Якщо загальна площа глотки складає 40 см<sup>2</sup>, то площа крипт піднебінного мигдалика становить близько 300 см<sup>2</sup> за рахунок їх звивистості та вузькості і надає необхідну експозицію для

контакту антигенів з лімфоцитом, що забезпечує інформативну функцію мигдаликів. Детально описано кровопостачання піднебінних мигдаликів з ілюстрацією на 2 рис. - схема кровопостачання піднебінних мигдаликів (Nathar M.D., Sessions., 1981). Підкреслюється важливість розташування сонних артерій відносно бокової поверхні мигдалика: відстань внутрішньої сонної артерії до нижнього полюса становить 10 мм, а до верхнього – 30 мм; зовнішня сонна артерія міститься далі від мигдалика: від нижнього полюса – до 30 мм, від верхнього – до 40 мм. Акцентується увага, що піднебінні мигдалики не мають привідних лімфатичних вузлів, а тільки відвідні. Лімфа відтікає в глибокі шийні лімфатичні вузли за ходом внутрішньої яремної вени, а основним лімфатичним вузлом вважається защелепний вузол Зака, який розташований на межі верхньої і середньої 1/3 кивального м'яза. Звертається увага на складний нервовий апарат мигдаликів та доведений рефлекторний зв'язок мигдаликів з серцево-судинною системою, нирками, печінкою, щитоподібною залозою, суглобами та іншими внутрішніми органами і нервовою системою.

Згадується датський лікар В. Майер, який в 1873 р. детально описав аденоїдні вегетації та їх характерні симптоми, вперше запропонував пальцеве дослідження для їх діагностики, а для лікування – аденотомію. Значна увага приділена відмінностям у будові піднебінних, глоткового, язикового та трубних мигдаликів. Досить детально описано язиковий мигдалик.

### *1.3. Фізіологія глотки.*

Класично описані функція ковтання і ссання, виділяються 3 фази акту ковтання, а також дихальна, захисна, рецепторна, смакова функції. Згадуються місцеві фактори імунного захисту, зокрема секреторний імуноглобулін А, інтерферон, лізоцим. Є вказівка, що в нормі на слизовій оболонці глотки є сапрофітний зеленіючий стрептокок, який пригнічує ріст патогенної мікрофлори.

### *1.4. Фізіологія мигдаликів.*

Дається поділ і характеристика імунокомпетентних органів на первинні (центральні) та вторинні (периферичні). Відмічено, що мигдалики беруть участь у формуванні

місцевого та системного імунітету. У формуванні місцевого імунітету беруть участь система мононуклеарних фагоцитів, система комплемента, інтерферон, лізоцим та ін. При формуванні системного імунітету мигдалики беруть участь в продукції антитіл та створенні “клітин імунної інформації” (малі лімфоцити з великими ядрами), які є носіями закодованої інформації, виконуючи інформативну функцію. На сучасному рівні описані інформаційна, захисна, кровотворна, нейрорефлекторна функції. Інформаційну функцію виконують більше піднебінні мигдалики, інші мигдалики відповідають за місцевий імунітет.

Лімфоцити мигдаликів виділяють протеолітичні ферменти, які лізують мікроби, антигени та білкові молекули і у них утворюється понад 20 медіаторів. У мигдаликах виробляється інтерферон та лізоцим, концентрація якого в мигдалику в 300 разів вища, ніж у сироватці крові. Відмічено про функцію підтримки бактеріологічного гомеостазу, яка здійснюється сапрофітним зеленіючим стрептококом. Актуальним є описання відмінностей функції мигдалика від функції лімфатичних вузлів і тезис, що глотковий мигдалик виконує не тільки роль індуктивних зон, але й ефекторної зони імунітету.

*1.5. Імунофізіологія лімфаденоїдних структур глотки.*

Проведено історичний екскурс у вивченні проблеми імунофізіології лімфаденоїдних структур глотки. Показано, що доведені поняття про роль мигдаликів глоткового лімфаденоїдного кільця пройшли на сьогоднішній шлях від примітивних (“вхідні ворота інфекції”), або антипод – бар’єрний орган до більш складних, таких як «орган рецепції», «орган інформації про антигенний склад навколишнього середовища». Важливим аспектом вивчення імунофізіології лімфоепітеліальних структур глотки були роботи з виділення з мигдаликів біологічно активних речовин. Дослідження вмісту цитокінів, лактоферину та антитіл до мікробних антигенів у лізатах клітин піднебінних мигдаликів та в сироватці крові у дітей з гіпертрофією піднебінних мигдаликів і хронічним тонзилітом свідчать про те, що у гіпертрофованих мигдаликах процеси антитілоутворення до мікробних антигенів відбу-

ваються значно інтенсивніше, ніж при хронічному тонзиліті. В кінці підрозділу зроблено висновок, що проведені за останні 20 років клінікоімунологічні дослідження свідчать про те, що лімфоепітеліальні утворення глоткового лімфаденоїдного кільця мають досить виражений імунологічний потенціал навіть в умовах їх хронічного запалення. Цей потенціал складається як із клітин-рецепторів, клітин-ефекторів, так і значної кількості медіаторів міжклітинної взаємодії – цитокінів. Мигдалики, які перебувають в стані хронічного запалення, здатні продукувати поліпептиди, що мають регуляторні і протипухлинні властивості. На заключення підкреслюється, що саме імунологічні дослідження і експерименти дозволили сформулювати стратегію ставлення до мигдаликів як до безумовно активних компонентів системи імунітету з особливими функціями, необхідності їхнього збереження в організмі за винятком тих випадків, коли вони дійсно перетворюються в осередок інфекції і їх етіотропна роль у виникненні пов’язаних з хронічним тонзилітом захворювань є доведеною.

## **РОЗДІЛ 2 – “Методики обстеження глотки”.**

Звертається увага, що незалежно від віку дитини обстеження ЛОР-органів, зокрема глотки, починають заслухавши скарги і зібравши анамнез хвороби і життя. Акцентовується увага на важливості загального огляду хворого. В розділі детально описуються класичні методики дослідження глотки (мезофарингоскопія, епіфарингоскопія, пряма і непряма гіпофарингоскопія, пальцеве дослідження), є 7 рисунків. Рентгенологічні методи дослідження глотки в дитячій отоларингології не набули широкого використання, а КТ і МРТ використовуються рідко для діагностики складних захворювань.

## **РОЗДІЛ 3 – “Етіологія і патогенез лімфаденоїдної тканини глотки”.**

Етіологія і патогенез вивчені недостатньо. Акцентовується увага на факті, що спочатку гіпертрофія має фізіологічний характер, але тривала дія несприятливих чинників призводить до розвитку стійких патологічних змін у вигляді гіпертрофії піднебін-

них та глоткового мигдаликів, в яких нерідко виникає хронічний запальний процес. Часто до чинників, що сприяють розвитку гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки, відносяться ГРВІ, алергічні та дитячі інфекційні захворювання, імунна недостатність, хронічні захворювання носа та приносних пазух, спадкові та конституційні чинники, несприятливі кліматичні умови, малі дози радіації, порушення живлення та обміну речовин.

Особлива увага звертається на те, що гіпертрофія лімфаденоїдної тканини горла стає патологією лише у випадку розладів дихальної, ковтальної, захисної, резонаторної функцій. В кінці розділу констатується, що у дітей найчастіше спостерігається гіпертрофія глоткового та піднебінних мигдаликів. Гіпертрофія язикового мигдалика зустрічається здебільшого у хворих, яким проведена тонзилектомія, або у хворих з аутоімунним тироїдитом.

#### **РОЗДІЛ 4 – “Клініка і діагностика гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки”.**

На початку розділу задекларована теза про глотковий мигдалик і аденоїдні вегетації як орган великої рецепції, що може пояснити патогенез різних розладів у організмі; проте є механічні перешкоди, які утруднюють носове дихання та порушують крово- і лімфообіг в порожнині носа і черепа, що призводить до виникнення різних клінічних симптомів і синдромів.

Тому деякі автори (В.В. Антонів та співавтори) вважають більш точним діагнозом “аденоїдна хвороба” і виділяють 3 стадії її клінічного перебігу. Дається декілька класифікацій симптомів при аденоїдних вегетаціях, зокрема М.М. Бризіна та І.М. Розенфельда.

Наведено 3 ступеня гіпертрофії глоткового мигдалика (I, II, III) по відношенню його до леміша. Дана повна клінічна картина аденоїдних вегетацій у дітей, описано їх взаємозв'язок з різними хворобами:

Рецидивуючий середній отит, хронічний сальпінгоотит, секреторний середній отит, хронічні гнійні отити.

Фарингіт, ринофарингіт, стенозуючий ларинготрахеїт, ларингіт, трахеїт.

Гіпертрофія піднебінних мигдаликів, хронічний тонзиліт нерідко є супутньою патологією і рідко – ускладненням.

Захворювання порожнини носа та приносних пазух.

Аномалії зубощелепної системи.

Виникнення бронхолегеневих та серцево-судинних захворювань.

Затримка нервово-психічного розвитку.

Порушення імунного захисту організму.

Детально також описується “аденоїдний” тип обличчя,

характерні ознаки закритої і відкритої гугнявості, палатофарингеальний симптом Чаргейшвілі, хронічний аденоїдит та особливості клінічної картини аденоїдних вегетацій у дорослих. Поряд з класичними методами обстеження і діагностики представлено сучасні, такі як МРТ, КТ та ендоскопічні методи за допомогою жорстких ендоскопів або іншої світловолоконної оптики. Проведена також диференціальна діагностика аденоїдних вегетацій з юнацькою ангіофібромою носової частини глотки, хористомою (волосатим поліпом), ангіомою, антропоанальним поліпом III стадії, доброякісними пухлинами, саркомою, раком і неходжкінською лімфомою носової частини глотки.

Розглядаються 3 ступеня гіпертрофії піднебінних мигдаликів (I, II, III) по відношенню їх до передньої піднебінної дужки і середньої лінії зіву та 5 груп симптомів даного захворювання (порушення ротового дихання, ковтання, мови, розлади сну, кашель). Зазначено, що диференційна діагностика проводиться з хронічним тонзилітом та пухлинами. На належному рівні описана гіпертрофія язикового мигдалика і виділяється 4 групи симптомів (парестезія та відчуття тиску у ділянці кореня язика, відчуття стороннього тіла, кашель, інколи – ларингоспазм). Проводити диференціальну діагностику потрібно з абсцесом, кістою, зобом кореня язика. В кінці розділу зроблено висновок: тільки комплексне обстеження хворого дозволить правильно встановити клінічний діагноз хвороби та вирішити питання про лікування хворого в кожному конкретному випадку.

## РОЗДІЛ 5 – “Методи лікування хворих з гіпертрофією лімфаденоїдної тканини глотки”.

Підкреслюється, що лікування хворих з гіпертрофією лімфаденоїдної тканини глотки, в принципі, має бути хірургічним. Приводяться також клінічні ситуації, коли право на життя має комплексне консервативне лікування, підкреслюються основні його принципи та лікарські засоби загального і місцевого використання при аденоїдах і хронічному аденоїдиті.

Приводяться всі покази до хірургічного лікування, при цьому підкреслюється, що показання до тонзилотомії і аденотомії повинні бути чітко обґрунтованими, тобто хірургічне втручання повинно виконуватися за абсолютних показів. Приводяться абсолютні та відносні протипоказання до операцій; також підкреслюється, що аденотомію та тонзилотомію можна виконувати після ГРВІ через 1 місяць, після грипу – через 2 місяці, після дитячих інфекцій – через 4 місяці, після інфекційного мононуклеозу – через 6 місяців, вірусного гепатиту – через 12 місяців. Детально описується план обстеження та медикаментозної підготовки до хірургічних втручань.

Значна увага приділена знеболюванню при хірургічних втручаннях. Детально описана різна техніка місцевої анестезії та анестезіологічне забезпечення з використанням загального ендотрахеального наркозу. Отримані авторами результати дозволили їм зробити висновок, що оптимальним видом анестезіологічного забезпечення під час аденотомії, тонзилотомії у дітей є комбінована ендотрахеальна анестезія з використанням пропофолу. На думку авторів, його слід обов'язково призначати за таких показань: логоневроз, епілепсія, органічні та функціональні розлади ЦНС, непереносимість місцевих анестетиків, реоперації, а також, якщо на цьому наполягають батьки.

Досить детально описується техніка аденотомії і тонзилотомії при місцевій анестезії та ендотрахеальному наркозі, а також хірургічний інструментарій, зокрема аденотоми Бекмана, Козлова, Ля-Форса-Стівенсона, біполярний аденотом Косаковського, тонзилотоміи Мат'є, Слюдера. При-

ділили автори увагу різним методикам ендоскопічної аденотомії.

Чітко і конкретно подаються варіанти лікувальної тактики при поєднанні аденоїдних вегетацій з викривленням перегородки носа, хронічним гіпертрофічним ринітом, хронічним синуситом, гіпертрофією піднебінних мигдаликів та хронічним тонзилітом.

Акцентується увага і на рецидивах аденоїдів, описуються їх причини та лікувальна тактика при рецидивах в залежності від клінічної картини.

Достатньо детально описуються ускладнення після аденотомії: кровотеча, парез м'якого піднебіння з гугнявістю, посттравматична кривошия, гематотимпанум, гострий середній отит, ангіна, шийний лімфаденіт; та після тонзилотомії: кровотеча, гематоми дужок, глосит, стоматит, флегмони шиї, підшкірна емфізема, парез лицевого, язикоглоткового, блукаючого нервів і симпатичного стовбура.

Особливо ретельно описані методи зупинки кровотеч та комплексне лікування ускладнень.

Вказується, що останніми роками набули поширення кріотонзилотомія, ультракріотонзилотомія та кріовплив при аденоїдних вегетаціях. Але при цьому підкреслюється, що застосування даних методів виправдано за певних умов і коли операція не показана, або її виконання виявляється проблематичним. Значна увага приділяється також післяопераційному періоду, реабілітації при поєднаній патології з використанням засобів рослинного походження, гомеопатичних препаратів, інтраназальних кортикостероїдів, фізіотерапевтичних методів, санаторно-курортного та кліматичного лікування. Комплексу профілактичних заходів присвячені останні сторінки розділу. Даний розділ ілюстрований 17 рисунками і 2 таблицями.

Висновки підводять підсумки цікавої монографії.

Список літератури містить 462 джерела. На жаль, не пронумеровано перелік літературних джерел. Монографія має окремі непринципові недоліки, що носять технічний характер і є редакційними описками, а тому абсолютно не впливають на її актуальність, важливість, науково-теоретичну та

практичну значимість. Наклад в 1000 екземплярів є недостатнім.

В цілому монографія “Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки” за редакцією Д.І. Заболотного, А.А. Лайко, О.Ф. Мельникова – це фундаментальна робота, написана

державною мовою, яка безумовно буде корисною для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, магістрантів, курсантів циклів ТУ, педіатрів, сімейних лікарів, а також студентів вищих медичних навчальних закладів.

*Зав. курсу отоларингології Буковинського державного медичного університету,  
к. мед. н., доцент О.Г. Плаксивий*

*Доцент курсу отоларингології Буковинського державного медичного університету,  
к. мед. н. І.В. Калуцький*

*Лікар-отоларинголог О.О. Мазур*

Надійшла до редакції 08.09.09.

© О.Г. Плаксивий, І.В. Калуцький, О.О. Мазур, 2009