

УДК 616.21

**А.А. ЛАЙКО. ДИТЯЧА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ.
ДРУГЕ ПОНОВЛЕНЕ ВИДАННЯ, ЧАСТКОВО ПЕРЕРОБЛЕНЕ
І ДОПОВНЕНЕ. – КИЇВ: ЛОГОС, 2008. – 703 С.**

Вихід в світ цього підручника є подією не тільки в дитячій оториноларингології, але і в оториноларингології загалом. Це другий підручник для лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації і, зокрема, один з небагатьох на українській мові. Автор книги – проф. А.А. Лайко є відомим спеціалістом з дитячої оториноларингології, він провідний дитячий отоларинголог в Україні. Книга складається з 14 глав. Список літератури включає 55 джерел інформації (в основному монографії, підручники, керівництва з оториноларингології). Вона добре ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним. В підручнику є кольорова рекламна вклейка, яка знайомить читачів з новими лікарськими засобами, що застосовуються в оториноларингології.

Книга написана в компактній, лаконічній формі, оформлена в твердій обкладинці, легко читається і сприймається.

Глава «З історії розвитку оториноларингології в Україні» присвячена різним історичним аспектам цієї спеціальності в нашій державі. В рецензованій книзі історія оториноларингології в Україні представлена сповна. Причому тут наведені дані, мало відомі широкому колу отоларингологів в Україні, не кажучи вже про інтернів та отоларингологів-початківців.

Глава «Клінічна анатомія та фізіологія ЛОР-органів» включає 2 розділи: клінічна анатомія і фізіологія органа слуху; клінічна анатомія і фізіологія дихальних шляхів та стравоходу. Вказується, що анатомічно орган слуху поділяється на зовнішнє, середнє і внутрішнє вухо, а фізіологічно – на звукопровідний і звукосприймаючий апарати. Підкреслюється, що до звукопровідного апарату органа слуху належить зовнішнє та

середнє вухо, а також перитимпанальні та ендолімфатичні простори внутрішнього вуха, основна пластинка і вестибулярна мембрана завитки, а звукосприймаючий апарат представлений спіральним органом внутрішнього вуха, слуховим нервом, його ядрами, які закладені в довгастому мозку, і центральним відділом слухового аналізатора у вискових закрутках кори великого мозку. При описі клінічної анатомії зовнішнього вуха звертається увага на дві його складові частини (вушна раковина і 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 і сірчані залози; у кістковій частині зовнішнього слухового ходу вона позбавлена волосся та залоз. Відмічається, що кісткова частина зовнішнього слухового ходу у новонароджених і немовлят відсутня, а існує тільки перетинчасто-хрящова; повне формування слухового ходу і його кісткової частини відбувається в трирічному віці дитини. Описуються чотири стінки зовнішнього слухового ходу, найдовша з яких – передня, а також особливості будови зовнішнього вуха у дітей грудного віку.

Вказано на три складові частини середнього вуха (барабанна порожнина; соскоподібний відросток; слухова труба) і на три відділи барабанної порожнини (верхній, середній, нижній) та 6 стінок цієї порожнини (передню, задню, верхню, нижню зовнішню і внутрішню). 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) і 4 квадранти (задньовверхній, задньонижній, передньовверхній, передньонижній). Підкреслюється, що у новонародженої дитини барабанна перетинка розташована під кутом 20° , а в дорослої людини - 45° . Відмічено, що у новонароджених барабанна порожнина заповнена пухкою ембріональною (міксоїдною) тканиною, пронизаною кровоносними судинами. З віком дитини, протягом 6-8 тиж після її народження, поступово відбувається резорбція міксоїдної тканини.

Представлено 2 анатомічні частини слухової труби (кісткову та перетинчастохрящову) і 2 отвори цієї труби – фарингеальний (глотковий) і тимпанальний (барабанний). Відмічено особливості будови слухової труби у новонародженого: 1) майже вдвічі коротша порівняно з дорослими; 2) циліндричної форми; 3) ширша; 4) розташована майже горизонтально; 5) глотковий отвір розташований нижче, ніж у дорослого, а саме: на рівні твердого піднебіння. Підкреслюється, що слизова оболонка слухової труби містить миготливий епітелій, війки якого рухаються в бік носової частини глотки, що перешкоджає проникненню бактерій та інших сторонніх решток у барабанну порожнину.

Зазначається, що соскоподібний відросток у новонародженої дитини не сформований, а у сформованому соскоподібному відростку розрізняються 2 поверхні – зовнішня і внутрішня. Відмічено 3 типи пневматизації соскоподібного відростка: пневматичний; диплоетичний (губчастий, спонгіозний); склеротичний, а також 3 типи соскоподібного відростка у дітей в залежності від віку: змішаний диплоетично-пневматичний; бульозно-диплоетичний; обмежений комірково-диплоетичний.

Детально описано внутрішнє вухо. При цьому звертається увага на 2 його анатомічні складові частини (кістковий і перетинчастий лабіринт), а також на 3 складові частини кісткового (вестибулярна, завитка, три півколових канали) та 6 складових частин перетинчастого лабіринту (завиткова протока, мішечок, маточка, 3 півколові протоки). Приводяться короткі відомості про фізіологію слухового аналізатора. При цьо-

му дається характеристика звуку за основними його властивостями (висота, тембр, сила та інтенсивність). Висвітлюється роль зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха у фізіології слуху, їх зміни при звуковому впливі. Викладено основні теорії слуху, а також фізіологія вестибулярного апарата.

Описані анатомічні і фізіологічні особливості органа слуху, безумовно, будуть цікавими не тільки для лікарів-інтернів, а й для студентів, аспірантів, клінічних ординаторів, магістрів, лікарів-курсантів, практикуючих отоларингологів.

Клінічна анатомія носа викладається досить детально. Представлена будова зовнішнього носа, його порожнини. Вказано на 2 частини перегородки носа (хрящову і кісткову), 3 носові раковини (нижню, середню, верхню) і, відповідно, 3 носових ходи (нижній, середній, верхній). Підкреслюється, що нижня носова раковина є самостійною кісткою (os turbinale); вона має 3 відростки (слизний, верхньощелепний, решітчастий). Відмічено, що пункцію верхньощелепної пазухи слід виконувати через верхньощелепний відросток, тому що він є найтоншим місцем у нижньому носовому ході. Звертається увага на особливість будови слизової оболонки респіраторного і нюхового відділів порожнини носа. Приводяться особливості будови носа у дітей в залежності від віку.

Розглядаються періоди розвитку навколоносових пазух. Детально викладена їх анатомія (верхньощелепної, решітчастої, лобної, клиноподібної). Вказується, що розташування нижньої стінки (дна) верхньощелепної пазухи змінюється з ростом верхньої щелепи.

Приводяться 4 основні функції носа (дихальна, захисна, нюхова, резонаторна), дається їх детальна розшифровка. Підкреслюється, що порожнина носа також бере участь у регуляції сльозовиділення. Велика увага приділяється фізіологічному носовому диханню, впливу його на різні функції організму. Відмічається вплив утрудненого носового дихання на організм (зміни серцево-судинної системи, діяльності серця, розлади функції шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи, зниження газообміну у клітинах, порушення газового складу крові та ін.).

Підкреслюється, що функція навколосових пазух вивчена недостатньо. Зазначається, що навколосові пазухи, заповнені повітрям, зменшують масу лицевого черепа, відіграють амортизаційну роль і виконують дихальну функцію. Звертається увага на важливу роль мукоциліарної транспортної системи в попередженні патологічних процесів в навколосових пазухах.

Детально викладається анатомія всіх відділів глотки, питання анатомічної і гістологічної будови лімфаденоїдного глоткового кільця на основі найновіших сучасних даних. Описуються ссальна, ковтальна, резонаторна, дихальна, смакова, захисна функції глотки. Представлені такі фізіологічні функції лімфаденоїдної тканини глотки, як інформаційна, захисна, нейрорефлекторна, кровотворна.

Клінічна анатомія стравоходу розглядається в світлі сучасних даних про цей орган. Описуються 3 частини стравоходу (шийна, грудна, черевна), 3 анатомічних звуження (глоткове, бронхіальне, діафрагмальне), 2 фізіологічних звуження (аортальне, кардіальне). Підкреслено, що фізіологічні звуження стравоходу існують тільки у живому організмі.

Розглядається функція стравоходу, яка полягає в забезпеченні швидкого і вільного просування їжі з порожнини глотки до шлунку. Зазначається, що проходження грудки їжі до піднебінних дужок контролюється корою великого мозку, а після цього акт її просування -самовільний і не залежить від кори мозку.

Достатньо детально представлені особливості клінічної анатомії гортані. Вказується, що порожнина гортані за формою нагадує пісочний годинник: середня частина її звужена, а верхня і нижня розширені. Коротко описано хрящі гортані: непарні (щитоподібний, перснеподібний, надгортанник) і парні (черпакуваті, клиноподібні, ріжкоподібні). Відмічено, що основою гортані є перснеподібний хрящ. Звертається увага на 3 частини гортані - верхню; середню; нижню. Коротко викладена клінічна анатомія трахеї і бронхів. Розглядаються такі функції гортані, як дихальна, захисна, голосова (фонаторна) і мовна, а також два види голосу: розмовний (мова) та співочий (вокальний).

Підкреслюється, що механізм голосоутворення дуже складний. Приводяться 2 теорії голосоутворення: міопластична; нейрохронаксична. Описуються на дві функції трахеї і бронхів – дихальна та захисна.

Глава «Методики обстеження ЛОР-органів» включає 5 розділів: методики обстеження вуха, носа та навколосових пазух, методики дослідження функцій порожнини носа; методики обстеження глотки і стравоходу, а також гортані, трахеї і бронхів. Методики обстеження вуха представлені як загальновідомими в оториноларингології, так і такими новими, як мікроскопія та електрорентгенографія, які використовуються для вивчення патологічних станів зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха. Всі згадані методики описані детально, чітко. Без сумніву, вони мають велике значення для отоларингологів-початківців. Вказано на роль операційного мікроскопа в проведенні отоскопії. Це є дуже важливим, оскільки з його допомогою вдається виявити зміни, які не визначаються неозброєним оком. Приводяться також інвазивні методи обстеження вуха (тимпанопункція, міринготомія, антропункція). Розглядаються об'єктивні і суб'єктивні методики дослідження слуху. Поряд з тональною пороговою, надпороговою аудіометрією, наведено найновіші методи – сприйняття ультразвуків, інфразвукова та шумова аудіометрія. Автор справедливо підкреслює, що ці методики дослідження ще рідко застосовуються в дитячій оториноларингології. Значне місце відводиться об'єктивним методикам вивчення стану слуху: комп'ютерній аудіометрії; імпедансній аудіометрії. Описуються 3 основних типи тимпанограм («А», «В», «С»), дається їх характеристика. Представлено дані стосовно дослідження слухової функції у дітей за допомогою безумовних рефлексів. Безумовно, ці методики будуть корисними для практикуючих отоларингологів, особливо сурдологів. Приводяться також відомі проби для дослідження вестибулярного аналізатора. Акцентується увага на різних спонтанних симптомах і виконанні проб (обертальної, калоричної, пневматичної). Для об'єктивної оцінки ступеня відхилення в позі Ромберга застосовується кефалографія за В.Г. Базаровим і співавтора-

ми (1973). Дається детальна характеристика лабіринтного ністагма за різними параметрами. Представлено купулометрію як один з найновіших методів дослідження вестибулярного аналізатора. Для вивчення отолітового апарата рекомендується використовувати отолітову реакцію за В.Г. Воячком і гойдання на особливий чотириштанговий гойдалці. Вказується на 4 ступеня збудження отолітового апарату (0, I, II, III), дається їх характеристика.

Детально описуються методики дослідження носа та навколоносових пазух. Підкреслюється значення анамнезу при обстеженні пацієнтів із захворюваннями носа і навколоносових пазух. Розглядаються позиції при передній риноскопії, на що звичайно не звертається увага в підручниках з хвороб вуха, горла, носа. Відмічається, що задню риноскопію у дітей виконати важко, тому широко використовується пальцеве дослідження носової частини глотки. Детально представлена оптична ендоскопія при дослідженні порожнини носа, приводяться показання до цього дослідження і методика його проведення. При обстеженні навколоносових пазух застосовується рентгенографія (оглядова і контрастна). Звертається увага на те, що у дітей електрорентгенографія не знайшла розповсюдження у зв'язку із збільшенням рентгенівського навантаження на організм. Надається велике значення томографії (пошаровій рентгенографії) навколоносових пазух. Відмічається цінність комп'ютерної томографії, яка дозволяє отримати унікальну інформацію про стан навколоносових пазух. Визначається роль контрастування в діагностиці синуситів. Зазначається, що найоб'єктивнішою методикою дослідження верхньощелепної пазухи є її пробна пункція, з чим не можна не погодитись. Серед нових методів називаються ультразвукова біолокація (ехографія), термодіагностика за допомогою тепловізорів. Слід відмітити особливу цінність цих методик, оскільки вони мало відомі практикуючим отоларингологам.

Розглядаються методики дослідження функцій носової порожнини. Приводиться якісна і кількісна методика вивчення нюхової та дихальної функцій носа. Особлива увага звертається на дослідження захисної

функції носа, коротко дається визначення складових її частин: транспортної активності миготливого епітелію слизової оболонки порожнини носа (мукоциліарний кліренс); секреторної функції слизової оболонки порожнини носа; калориферної функції порожнини носа (термометрія); чутливості слизової оболонки порожнини носа (кнізометрія); концентрації іонів водню (рН) в носовому секреті. Описано дослідження дренажної функції верхньощелепної пазухи та виділено 4 її ступеня за даними контрастування (час появи контрастної речовини в носовій частині глотки). Коротко викладена методика дослідження слізно-носових шляхів. Слід відмітити, що в підручниках з оториноларингології подібні дослідження не приводяться. Представлена методика цитологічного дослідження слизової оболонки порожнини носа і біопсія. Вказується на застосування ендоексофотографії та кіно (відео) зйомки для документації патологічних змін і спостереження в динаміці.

При вивченні глотки, поряд з традиційними (мезофарингоскопія, гіпофарингоскопія, епіфарингоскопія, пальцеве обстеження, рентгенологічне дослідження), розглядаються такі нові методики, як комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія. Приводиться методика обстеження стравоходу: пряма гіпоезофагоскопія; езофагоскопія; рентгенологічні методи (контрастна рентгеноскопія і рентгенографія); ультразвукове дослідження. Зазначається, що у дітей для контрастування стравоходу використовується не барієва суміш, а йодоліпол або інші подібні речовини. У дітей раннього віку ці речовини вводяться у стравохід через зонд, який вставляється через ніс до входу у стравохід. Підкреслюється, що останніми роками для дослідження стравоходу широко застосовується віброскопія, а також комп'ютерна, магнітно-резонансна томографія, рентгенокінематографія.

Описуються методики обстеження гортані, трахеї і бронхів. Вказується, що основним методом дослідження гортані є візуальний – пряма і непряма ларингоскопія. З інших методів розглядаються непряма ларингомікроскопія, ларингостробоскопія (ларингостробофонія), електронна мікро-

стробоскопія, рентгенографія, томографія. До об'єктивних методів обстеження трахеї і бронхів автор відносить трахеобронхоскопію: візуальний огляд трахеї – трахеоскопію; візуальний огляд бронхів – бронхоскопію. Відмічається, що дослідження трахеї і бронхів за допомогою рентгенологічних та інших допоміжних методів проводиться для визначення сторонніх тіл і звужень трахеї та бронхів.

Глава «Хвороби вуха» включає 11 розділів: захворювання зовнішнього вуха; запальні захворювання середнього вуха; отоанtrit; гострий мастоїдит; хронічний гнійний середній отит; негнійні захворювання середнього вуха; травматичні ушкодження середнього вуха; захворювання внутрішнього вуха; внутрішньочерепні ускладнення гострого і хронічного середнього отиту; пухлини вуха; методика і техніка маніпуляцій та операцій на вусі. Викладено дані про захворювання зовнішнього вуха. При цьому значна увага приділяється опікам, відмороженням, оперізуючому лишая, які зустрічаються рідко. Із запальних захворювань середнього вуха описуються гострий сальпінгоотит, гострий мірингіт, гострий гнійний середній отит у дітей різних вікових груп (шкільного, грудного та ясельного віку), латентний середній отит, рецидивуючий середній отит, гострий середній отит при деяких інфекційних захворюваннях (при грипі, гострих респіраторних вірусних інфекціях, скарлатині, кору, дифтерії, туберкульозі, сифілісі), травматичний середній отит. Дається класифікація гострого середнього отиту за М. Я. Козловим (1986), що ґрунтується на 4 критеріях: форма отиту; патологоанатомічна характеристика; клінічні особливості; перебіг. Детально представлено гостре гнійне запалення середнього вуха у дітей шкільного віку. При цьому відмічено два чинники в розвитку цього захворювання: мікробні; сприяючі (загальні і місцеві). Розглядаються 4 шляхи попадання інфекції в середнє вухо дітей (риноубарний, гематогенний, травматичний, ретроградний) і 4 фази клінічного перебігу захворювання за О.С. Коломійченком (1955): початковий розвиток; наростання попередніх симптомів і поява нових; розрішення процесу; одужання. Детально викла-

дено методи лікування хворих на гострий середній гнійний отит. З нових методів вказано на застосування іонофорезу в комплексній терапії таких пацієнтів. Досить справедливо акцентується увага на необхідності своєчасної санації верхніх дихальних шляхів як профілактиці розвитку гострого середнього гнійного отиту. Вказано на 2 форми перебігу рецидивуючого середнього отиту у дітей (гіперергічну і гіпоергічну), дана їх характеристика. Виділяється 3 форми отоантриту: явна; латентна (прихована); рецидивуюча. В матеріалах, що стосуються мастоїдиту, описано типові і атипів форми даного захворювання. Наведено дані про травматичний, латентний, некротичний мастоїдит.

Детально представлено хронічне гнійне запалення середнього вуха (мезотимпаніт, епітимпаніт). Виділяються 3 форми хронічного гнійного епітимпаніту у дітей: холестеатомна; каріонекротична; змішана (холестеатомно-некротична). Підкреслюється ряд особливостей холестеатоми середнього вуха у дітей раннього віку: швидкий ріст; більш доброякісний перебіг; схильність до рецидиву.

Великий інтерес у читачів підручника викликають дані про негнійну патологію середнього вуха (хронічний сальпінгоотит, хронічний секреторний середній отит, адгезивний середній отит, отосклероз).

Розглянуто 4 гіпотези розвитку хронічного секреторного середнього отиту: порушення функції слухової труби; алергічна перебудова організму; наявність в барабанній порожнині гіповірулентної інфекції; негативний тиск в середньому вусі. Описано 2 форми адгезивного середнього отиту: без перфорацій барабанної перетинки; з сухими її перфораціями. Досить справедливо підкреслюється, що лікування хворих на хронічний сальпінгоотит та хронічний секреторний середній отит складається з наступних моментів: усунення причин захворювання і дисфункції слухової труби; відновлення слуху; проведення заходів, направлених на попередження розвитку стійкої приглухуватості, зокрема, при хронічному секреторному середньому отиті рекомендується проводити тимпанотомію з наступним введенням дренажних трубок, через які в барабанну

порожнину можуть надходити лікарські речовини. Приводяться гіпотези виникнення отосклерозу: звукова травма органа слуху; спадковість; ендокринна; судинна; ембріональна; метаболічна; порушення трофічної дії кори головного мозку на орган слуху. Виділяються тимпанальна, кохлеарна та змішана форми отосклерозу. Підкреслюється неефективність консервативних методів лікування таких хворих і результативність хірургічного втручання. Викладено дані про механічну, акустичну травму середнього вуха, баротравму. Розглядається вушна лікворея.

Великий інтерес представляють дані стосовно захворювання внутрішнього вуха. Описується класифікація лабіринту за 4 основними ознаками: етіологією; патогенезом; перебігом; характером запального процесу. Заслужують на увагу відомості про гостру і хронічну нейросенсорну приглухуватість. Зазначається, що лікування дітей з гострою нейросенсорною приглухуватістю має бути своєчасним і комплексним, виходячи з етіології і патогенезу, за участю педіатра, невропатолога та інших спеціалістів. Вказується на недостатнє вивчення питань етіології і патогенезу хвороби Мен'єра, наводяться характерні ознаки цього захворювання, звертається увага на рідкість і атиповість його перебігу у дітей, описуються різні види терапії. При цьому автор детально зупиняється на консервативних і хірургічних методах лікування. Підкреслюється тяжкість перебігу внутрішньочерепних ускладнень гострого і хронічного гнійного середнього отиту і все ще висока летальність, не дивлячись на удосконалення способів діагностики і лікування. Описано 4 шляхи проникнення інфекції із середнього вуха в порожнину черепа у дітей: контактний; гематогенний; лімфогенний; змішаний. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення автор розподіляє на неспецифічні реакції центральної нервової системи та органічні, запального генезу. Дається клінічна характеристика основних внутрішньочерепних ускладнень: екстрадурального абсцесу; субдурального абсцесу; абсцесу вискової частки головного мозку; абсцесу мозочка; арахноїдиту; тромбозу сигмовидного синусу; гнійного менінгіту.

Із доброякісних пухлин зовнішнього вуха представлено ангіому, лімфангіому, фіброму, ангіофіброму, пігментну родиму пляму, папілому, хондрому, остеому, кісту, атерому; із злоякісних – рак, меланому, саркому вушної раковини. Серед доброякісних новоутворень середнього вуха описані гемангіома, лімфангіома, невринома, гломусна пухлина; з числа злоякісних – рак і саркома. Досить справедливо підкреслено, що злоякісні пухлини середнього вуха розвиваються, головним чином, на фоні хронічного гнійного середнього отиту. Однак не виключено виникнення раку без запального процесу. Автор підкреслює, що доброякісні новоутворення внутрішнього вуха у дітей майже не зустрічаються, а злоякісні можуть з'являтися переважно внаслідок їх проростання із середнього вуха або твердої мозкової оболонки. Описуються клінічні прояви невриноми VIII пари черепних нервів. При цьому виділяються 4 стадії захворювання: отіатрична; отоневрологічна; неврологічна; термінальна.

Представлена техніка маніпуляцій на вусі (промивання зовнішнього вуха, тимпанопункція, антропункція, антродренаж, промивання аттика, пункція сагмовидного синусу) і операцій на середньому вусі (міринготомія, поліпотомія вуха, артротомія, антромастоїдотомія, антродренаж, загальнопорожнинна операція, шунтування барабанної порожнини, аттикоантротомія з кістковою мастоїдопластиком або без неї, тимпанопластика, пластика завушного дефекту), а також техніка хірургічного втручання на внутрішньому вусі (лабіринтотомія).

Глава «Хвороби носа та навколоносових пазух» складається з 9 розділів: травматичні ушкодження носа і навколоносових пазух; захворювання зовнішнього носа; гострі та хронічні захворювання порожнини носа; гострі захворювання навколоносових пазух; хронічні захворювання навколоносових пазух; риногенні орбітальні ускладнення; риногенні внутрішньочерепні ускладнення; пухлини носа та навколоносових пазух; маніпуляції та операції в порожнині носа і навколоносових пазухах. Розглядаються травми носа та навколоносових пазух, носова лікворея, носові кровотечі. Викладаються відомості про захворювання зовнішнього

носа (фурункул, сикоз входу в ніс, бешиха, опіки, відмороження). Наведено докладні дані про гострий та хронічний риніт, вазомоторний риніт. Стисло описуються озена, сторонні тіла в порожнині носа. Приділяється увага патології перегородки носа (викривлення, гематома, абсцес, перфорація). Коротко викладено атрезію та синехії порожнини носа. Окремо представлено порушення нюху. При цьому вказується на респіраторні та есенціальні розлади нюху.

Описано гострі захворювання навколоносових пазух. Зазначається, що у дітей шкільного віку часто виникає гемісинусит, в перші роки життя спостерігається гостре запалення однієї пазухи, при цьому до 1 року, як правило, зустрічається гострий етмоїдит, а після 1 року життя – частіше гострий гайморит. Відмічається відсутність гострого фронтиту у дітей віком до 5 років. Наводяться відомості про гострий гайморит, гострий етмоїдит, гострий фронтит, гострий сфеноїдит.

Підкреслюється, що в останні роки значно збільшилась частота виникнення хронічних захворювань приносових пазух. Звертається увага на грибкові ураження пазух. Описуються хронічний гайморит, хронічний етмоїдит, хронічний фронтит, хронічний сфеноїдит.

Розглядаються риногенні орбітальні (набряк повік, набряк клітковини орбіти, простий періостит орбіти, гнійний періостит орбіти, абсцес повіки, ретробульбарний абсцес, флегмона орбіти) і внутрішньочерепні ускладнення (тромбоз печеристого синуса, екстрадуральний абсцес, субдуральний абсцес, менінгіт, менінгоенцефаліт, абсцес мозку, арахноїдит, сепсис).

Представлено пухлини зовнішнього носа (фіброма, хондрома, остеома, саркома, міома, невринома, ангиома, гемангіоендотеліома, лімфангіоендотеліома, папілома, аденома, рак). Повідомляється про кровоточивий поліп перегородки, папілому, аденому, естезіонейробластому, рак, саркому порожнини носа, остеому, кісту, саркому навколоносових пазух. мукоцеле навколоносових пазух віднесено до пухлин.

Описуються маніпуляції і хірургічні втручання в порожнині носа і навколоносових пазухах: передня і задня тампонада но-

са; іригаційні процедури (носове зрошення, носовий душ, назофарингеальне аспіраційне промивання, ванночки для навколоносових пазух); припікання нижніх носових раковин; електрокаустика; ультразвукова дезинтеграція, кріовплив та лазерна дія на нижні носові раковини; конхотомія; репозиція кісток зовнішнього носа після травми; підслизова резекція перегородки носа; пластика хоан; ринопластика; пункція верхньощелепної пазухи, комірок решітчастого лабіринту, лобної і клиноподібної пазух та їх дренажування; гайморитомія; етмоїдотомія; фронтотомія; сфеноїдотомія; операція Мура.

Глава «Хвороби глотки (горла)» має 6 розділів: травми і сторонні тіла, гіпертрофія лімфаденоїдної тканини, гострі захворювання, хронічні неспецифічні захворювання, доброякісні та злоякісні пухлини, техніка маніпуляцій і операцій при захворюваннях глотки.

Наводяться відомості про механічні травми, сторонні тіла глотки. Розглядається гіпертрофія лімфоїдної тканини, зокрема гіпертрофія глоткового мигдалика (аденоїди), піднебінних та язикового мигдаликів. Виділяються 4 основних види первинної ангіни (катаральна, лакунарна, фолікулярна, виразково-плівчаста). Коротко описується грибкова ангіна, гострий аденоїдит, гостре запалення язикового мигдалика, гострий фарингіт. Акцентується увага на глотковому абсцесі у дітей до 4-річного віку, етіологічним фактором якого є запальні захворювання. Вказується, що причиною його може бути також травма задньої стінки глотки стороннім тілом. Згадується, що у дітей після 5-6 років заглоткового абсцесу практично не спостерігається, бо відбувається зворотний розвиток заглоткового простору. Викладено методи діагностики заглоткового абсцесу (фарингоскопія, пальпація глотки, рентгенологічне дослідження). Більш повно представлено паратонзиллярний абсцес. При цьому виділяються 3 його стадії: початкова (ексудативно-інфільтративна); розпал хвороби (стадія абсцесу); кінець захворювання (стадія зворотного розвитку). За локалізацією абсцеси бувають (В.Д. Драгомирецький, 1973): передньоверхні; задньоверхні; задні; зовнішні; передні; нижні. Підкреслюється, що у дітей частіше зустрічається передньо-

верхня і задньоверхня локалізація паратонзиллярного абсцесу. Розглядається парафарингеальний абсцес.

Представлено дані про зміни в глотці при гострих інфекційних захворюваннях (дифтерія зліва, скарлатина, кір, грипозна ангіна, герпетична ангіна, аденовірусна ангіна) і системних захворюваннях крові (моноцитарна ангіна, агранулоцитарна ангіна, хронічний лейкоз). Достатньо повно і чітко викладено відомості про хронічний тонзиліт, хронічний аденоїдит, хронічний фарингіт, фарингомікоз. Наведено ряд класифікацій хронічного тонзиліту: Л.А. Луковського (1941-1966); І.Б. Солдатова (1975); Б.С. Преображенського, В.Т. Пальчуна (1980) та інші. Описуються захворювання, пов'язані з хронічним тонзилітом, і лікувальна тактика при вказаній патології. Цілком справедливо підкреслюється, що лікування хворих на хронічний тонзиліт треба починати після санації верхніх дихальних шляхів, особливо після відновлення носового дихання. Коротко викладено відомості про нейрогенні порушення глотки (функціональні та органічні).

Вказується на рідкісність пухлин глотки у дітей. Дається міжнародна гістологічна класифікація пухлин і міжнародна класифікація за системою TNM. Коротко описуються доброякісні новоутворення (фіброма, папілома, ангиома, кіста, невринома, волосатий поліп, змішані пухлини) глотки. Більш детально представлені дані про юнацьку ангиофіброму носової частини глотки. Приводяться злоякісні новоутворення глотки (рак, саркома, лімфоепітеліома, ретикулоцитома, меланобластома).

Описано техніку маніпуляцій (промивання, а також змазування крипт піднебінних мигдаликів і задньої стінки глотки, ротація піднебінних мигдаликів, зондування крипт) та операцій при захворюваннях глотки (пункція і розкриття заглоткового, паратонзиллярного і парафарингеального абсцесів, аденектомія, тонзилотомія, тонзилектомія, кріотонзилотомія, кровоплив при фарингіті, видалення доброякісних пухлин глотки).

Глава «Хвороби гортані» включає 8 розділів: функціональні захворювання голосового апарату; органічні захворювання нервового апарату гортані; травми гортані і

трахеї; сторонні тіла гортані, трахеї та бронхів; гострі та хронічні неспецифічні захворювання гортані і трахеї; пухлини гортані, трахеї та бронхів; техніка маніпуляцій і операцій на гортані, трахеї та бронхах.

До функціональних захворювань голосового апарату належить гостра і хронічна фонастения, гостра і хронічна функціональна дисфонія. Слід зазначити, що в підручниках з оториноларингології ці поняття представлені нечітко. Звичайно описується фонастения і дисфонія без розподілу на гостру і хронічну. При розгляді органічних захворювань нервового апарату гортані приводяться дані про паралічі і парези, судому м'язів гортані, розлади чутливості гортані. Детально викладається симптоматика травматичних уражень гортані і трахеї, лікувальна тактика при них. Вказується на такий вид травми, як відрив трахеї від гортані. Описуються опіки (хімічні і термічні) гортані, ураження дихальних шляхів внаслідок ядерного вибуху і аварій на атомних електростанціях.

Розглядаються клінічні прояви попадання сторонніх тіл в гортань, трахею, бронхи. Залежно від клінічного перебігу бувають блискавичні, гострі, підгострі, хронічні та латентні форми перебування сторонніх тіл в дихальних шляхах. Вказано на 3 стадії при сторонніх тілах бронхів (початкова, латентна, явна), дається їх характеристика. Серед ускладнень сторонніх тіл бронхів спостерігається порушення вентиляції, виключення з дихання ділянок легеневої тканини, травмування стінки бронхів, кровотеча.

Описується гострий катаральний і геморагічний ларингіт, а особливо детально і скрупульозно - гострий стенозуючий ларинготрахеїт, який автор називає несправжнім крупом. Зазначається, що при лікуванні дітей з цим захворюванням беруть участь педіатр, отоларинголог, анестезіолог, реаніматолог. Цілком справедливо підкреслюється, що всі діти з такою патологією мають бути госпіталізовані, незалежно від клінічної форми і стадії процесу.

Розглядаються гортанна ангіна, флегмонозний ларингіт, гострий хондроперихондрит та гострий стеноз гортані, гострий трахеїт, ураження гортані при гострих інфекційних захворюваннях (дифтерія, грип,

бешиха, черевний і сипний тиф). Детально викладено дані про хронічні неспецифічні захворювання гортані і трахеї (хронічний катаральний, гіперпластичний та атрофічний ларингіт, хронічний стеноз гортані і трахеї). Представлено відомості про природжений стридор гортані. Підкреслюється, що вибір способу лікування при природженому стридорі гортані визначається ступенем порушення дихання.

Описуються доброякісні (папіломатоз, фіброма, кіста, ангиома) і злоякісні пухлини (рак, саркома) гортані. Звертається увага на доброякісні і злоякісні новоутворення трахеї та бронхів.

Наведено техніку маніпуляцій (пряма ларингоскопія, непряма і пряма мікроларингоскопія, стробоскопія, анестезія, змазування слизової оболонки гортані, біопсія, пряма трахеоскопія, бронхоскопія, інтубація) та хірургічних втручань на гортані, трахеї і бронхах (трахеостомія, пластика гортані і трахеї, видалення сторонніх тіл з гортані, трахеї та бронхів, видалення доброякісних пухлин гортані, трахеї та бронхів).

Глава «Деякі хвороби стравоходу» складається з трьох розділів: травматичні ушкодження та пухлини стравоходу, техніка маніпуляцій і операцій на стравоході. Детально розглядаються механічні травми, опіки, сторонні тіла стравоходу. Акцентовується увага на необхідності якнайшвидшого видалення сторонніх тіл, щоб запобігти грізним ускладненням. Представлено доброякісні (папілома, поліпи, гемангіома, фіброма, кіста) і злоякісні новоутворення стравоходу (рак, саркома).

Наводиться техніка маніпуляцій і операцій на стравоході (пряма гіпофарингоскопія, езофагоскопія, видалення сторонніх тіл із стравоходу, бужування стравоходу, колярна медіастинотомія).

Глава «Природжені вади розвитку ЛОР-органів» включає загальні відомості про природжені вади, аномалії розвитку вуха, носа, глотки і стравоходу, гортані, трахеї та бронхів, про природжені кісти і фістули ший. Слід відмітити, що дані про природжені вади розвитку ЛОР-органів згруповано в одній главі, а це зручніше для знайомства з такою патологією. В інших підручниках і керівництвах з оториноларингології природжені

вади розглядаються у відповідних розділах (вухо, ніс, глотка, гортань, трахея, бронхи).

Глава «Специфічні захворювання ЛОР-органів» включає 5 розділів: туберкульоз, вовчак і сифіліс верхніх дихальних шляхів; склерома дихальних шляхів; гранульоматоз Вегенера. Зазначено, що характерним для інфекційних гранулом є те, що морфологічно – це продуктивний процес гранульозного характеру зі специфічними клітинами, що дозволяє ставити діагноз на основі результатів патогістологічного дослідження. Так, при туберкульозі – вузлик (туберкул), при сифілісі – гума, при склеромі – інфільтрат. До неспецифічної гранульоми належить гранульоматоз Вегенера.

Повідомляється, що туберкульоз верхніх дихальних шляхів є вторинним ураженням ЛОР-органів. Описується туберкульоз носа, глотки, гортані, вуха. Представлено короткі дані про вовчак верхніх дихальних шляхів. Підкреслюється, що вовчак належить до хронічної форми туберкульозу, яка поєднується з вовчаком шкіри. Відмічено тривалість перебігу цього захворювання. Викладено дані про сифіліс носа, порожнини рота, глотки, гортані і вуха. Розглядається вторинний і первинний сифіліс ЛОР-органів. Зазначається, що сифіліс вуха може бути природженим і набути. Звертається увага на те, що природжений сифіліс характеризується тріадою Гетчинсона: особлива форма зубів; паренхіматозний кератит; сенсоневральна приглухуватість. Вказується на три стадії склероми дихальних шляхів: I – вузликово-інфільтративна; II – дифузно-інфільтративна; III – рубцева. Повідомляється про ендемічність склероми, тривалий її перебіг. Звертається увага на те, що гранульоматоз Вегенера належить до групи системних васкулітів, характеризується гранульоматозно-некротичним ураженням дрібних судин, для клінічних проявів цього захворювання типовою є класична симптоматика наявності патологічного процесу у верхніх дихальних шляхах, а також ушкодження легень, нирок. Перебіг гранульоматозу Вегенера має 4 стадії: I – початкова; II – пульмональна; III – генералізована; IV – термінальна.

У главі «Інфекційні захворювання дихальних шляхів» є 18 розділів: гострі респіраторні вірусні інфекції; грип; парагрип; аденовірусна, респіраторно-синцитіальна і

риновірусна інфекція; скарлатина; кір (morbilli); коклюш (pertussis); дифтерія (diphtheria); інфекційний мононуклеоз; герпетична інфекція; герпес звичайний; герпес оперізуючий; вітряна віспа; менінгококова та кандидозна інфекція; ВІЛ-інфекція.

Перелічені захворювання подані компактно, стисло, але разом з тим повно. Більшість з них автором цієї книги представлено вперше. Слід відмітити, що вони мало відомі або зовсім невідомі отоларингологам. В підручниках з хвороб вуха, носа, глотки коротко описуються лише грип, скарлатина, кір, коклюш, дифтерія, інфекційний мононуклеоз, кандидозна інфекція, а про іншу перелічену патологію взагалі не згадується. Тому знайомство з цим розділом книги буде надзвичайно корисним для всіх отоларингологів (лікарів-інтернів, лікарів-курсантів, магістрів, аспірантів, клінічних ординаторів, практикуючих лікарів) та для студентів вищих медичних навчальних закладів, які вивчають оториноларингологію.

Глава «Невідкладна допомога дітям із загрозливими станами» має 6 розділів: гіпертермічний синдром; судомний синдром; анафілактичний шок; зупинка дихання; зупинка серця; гостра судинна недостатність. Повідомляється про причини, клініку, призначення лікування при цих загрозливих станах. В поняття гострої судинної недостатності включено непритомність і різні види колапсу (симпатотонічний, ваготонічний, паралітичний).

Слід відмітити, що у підручниках, керівництвах і довідниках з оториноларингології ці стани не розглядаються. Однак вони можуть виникати при оториноларингологічних захворюваннях і хірургічних втручаннях на ЛОР-органах, при застосуванні (як загальному, так і місцевому) знеболюючих засобів, а також антибіотиків. Тому знайомство з невідкладною допомогою при цих станах має велике значення для отоларингологів.

Глава «Диспансеризація дітей із захворюваннями ЛОР-органів» включає 2 розділи:

планування диспансерної роботи; документація диспансерного хворого. Коротко описуються ці розділи. Зазначається, що на кожну дитину складається план лікувально-оздоровлюючих заходів з урахуванням ступеня компенсації, на кожного хворого заповнюється «Індивідуальна карта амбулаторного хворого» і «Контрольна диспансерна карта».

В книзі зустрічаються невдалі вирази, наприклад: сифілітичний насморк (замість сифілітичний нежить), лоб (замість чоло) та ін. Нам здається, що більш доцільним було б зібрати дані про пухлини різних ЛОР-органів в окремій главі, як це зроблено з клінічною анатомією та фізіологією, методиками обстеження, інфекційними захворюваннями, природженими вадами.

Одним з недоліків книги, в якому, однак, не можна звинувачувати автора, є порівняно невеликий тираж – 1000 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить така кількість підручників попит всіх бажаючих придбати їх. Адаже книгу захочуть отримати не тільки лікарі-інтерни, але і лікарі-курсанти, аспіранти, магістри, клінічні ординатори, отоларингологи, а також студенти вищих медичних навчальних закладів, які готуються стати отоларингологами.

В цілому книга А. А. Лайка «Дитяча оториноларингологія» (друге поновлене видання, частково перероблене і доповнене) – це фундаментальний цінний підручник. Адаже в ній з вичерпною повнотою викладено питання загальної і приватної оториноларингології. Відмічені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніякою мірою не зменшують цінність підручника. Видання книги українською мовою буде сприяти більш глибокому оволодінню спеціалістами українською медичною термінологією і взагалі українською мовою.

За повнотою і манерою викладення матеріалу, внутрішнім і зовнішнім оформленням підручник може бути представлений на присудження Державної премії України.

*Професор-консультант консультативно-лікувального центру
Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського –
Г.С. ПРОТАСЕВИЧ*

Надійшла до редакції 16.03.10.

© Г.С. Протасевич, 2010