

УДК 616.286

**А.А. ЛАЙКО, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ,
Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, Д.Д. ЗАБОЛОТНА, Ю.А. МОЛОЧЕК, Л.А. ШУХ**

**ЗАПАЛЕННЯ СЛУХОВОЇ ТРУБИ У ДІТЕЙ. –
К.: ЛОГОС, 2009. – 195 с.**

Монографія колективу авторів – доктора мед. наук, професора, заслуженого лікаря України А.А. Лайка, доктора мед. наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України, чл.-кор. АМН України Д.І. Заболотного, доктора мед. наук, професора О.Ф. Мельникова, дитячого отоларинголога Ю.В. Гавриленка, канд. мед. наук Д.Д. Заболотної, канд. мед. наук Ю.А. Молочка та лікаря Л.А. Шух «Запалення слухової труби у дітей» присвячена сучасним питанням етіології, патогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики, лікування і профілактики гострого та хронічного запалення слухової труби у дітей.

Вже той факт, що авторами цієї книги та рецензентами є провідні отоларингологи України, говорить про актуальність розглянутої теми. Це перша монографія в Україні на подібну тематику.

В ній узагальнений багатий досвід авторів з цієї проблеми.

Монографія буде корисною для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів, студентів медичних вузів, курсантів циклів тематичного удосконалення та інших фахівців (педіатрів, лікарів загальної практики – сімейних лікарів та ін.).

В монографії є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять лікарів з новими лікарськими препаратами, що застосовуються в оториноларингології. Монографія написана в компактній формі, легко сприймається, ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що засвоюється без особливих зусиль.

Монографія складається з переліку умовних посилань, передмови, 7 розділів, висновків, списку літератури, предметного покажчика.

В переліку умовних посилань наведена аббревіатура тих чи інших нозологічних одиниць, методів діагностики, лікування та ін..

В передмові стисло, але дуже змістовно висвітлена суть проблеми.

Розділ 1 «Клінічна анатомія вуха» включає 3 підрозділи: анатомічні особливості зовнішнього вуха; анатомічні особливості середнього вуха; анатомічні особливості внутрішнього вуха.

Вказано, що анатомічно орган слуху складається із зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха, а функціонально поділяється на звукопровідний і звукосприймаючий апарати.

Після короткої вказівки на постнатальний розвиток органа слуху в дитини повідомляється, що до звукопровідного апарату належить зовнішнє і середнє вухо, перит-а 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.

Клінічна анатомія вуха викладається у взаємозв'язку зовнішнього, середнього і внутрішнього вуха з сусідніми анатомічними утвореннями. При розладі клінічної анатомії зовнішнього вуха звертається увага на дві його складові частини – вушну раковину

і зовнішній слуховий хід. Акцентується увага на анатомічній особливості будови вушної раковини: на її передній поверхні шкіра прилягає дуже щільно до тканин, а на задній – пухко і тому легко зміщується. Підкреслюється, що така анатомічна особливість вушної раковини обумовлює розвиток отгематоми – остання уражає тільки передню поверхню вушної раковини. Детально представлена низка підвищень та ямок на вушній раковині. Зазначається, що кістковий відділ зовнішнього слухового ходу у новонароджених і немовлят відсутній, а є тільки перетинчасто-хрящовий; повне формування зовнішнього слухового ходу і його кісткового відділу відбувається у трирічному віці дитини. Підкреслюється особливість будови перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу: в передній і нижній стінках його є санторінієві щілини, які заповнені сполучною тканиною. Через ці щілини запальний процес з привушної слинної залози може перейти у зовнішній слуховий хід і, навпаки, з перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу – на привушну слинну залозу. Повідомляється про відмінності в будові двох відділів зовнішнього слухового ходу – перетинчасто-хрящового і кісткового. Вказується на 7 особливостей анатомії зовнішнього вуха у немовлят.

Описано 3 складові частини середнього вуха: барабанну порожнину, соскоподібний відросток, слухову трубу. Стінки барабанної порожнини розглядаються у взаємозв'язку з розташованими поблизу іншими анатомічними утвореннями. Показано, що у дітей перших років життя в верхній стінці барабанної порожнини розташована щілина, заповнена пухкою сполучною тканиною ембріонального типу, яка контактує з твердою мозковою оболонкою та слизовою оболонкою барабанної порожнини; через неї проходить гілка серединної оболонкової артерії. Звертається увага на те, що ця обставина набуває досить великого значення при поширенні інфекції в середню черепну ямку. Представлено хід лицевого нерва і його взаємозв'язок з горизонтальним півколовим каналом, а також ділянки лицевого нерва, які найчастіше травмуються під час сануючих операцій на вусі: ділянка тимпа-

нальної частини і друге коліно каналу лицевого нерва над вестибулярним вікном; дно адитуса й лицевої кишені; дно латерального тимпанального синуса, під яким проходить мастоїдальна частина лицевого нерва.

Вказується, що нижня стінка барабанної порожнини в ранньому дитячому віці нерідко має дегісценції і може відігравати роль у поширенні інфекції на стінки яремної вени, а також тут може виникнути кровотеча під час міринготомії.

Барабанна перетинка розглядається як межа між зовнішнім слуховим ходом і барабанною порожниною. Детально описані особливості її будови: 2 складові частини (натягнута і розслаблена), 4 квадранти (задньовверхній, задньонижній, передньовверхній, передньонижній). Підкреслюється, що у новонародженої дитини барабанна перетинка розташована під кутом 20° , а у дорослої людини – 45° .

Представлено 3 анатомічних відділи барабанної порожнини (верхній, середній і нижній). Зазначається, що у новонароджених вона заповнена пухкою ембріональною (міксоїдною) тканиною, пронизаною кровеносними судинами, яка утворює в барабанній порожнині складки і перетинки, що сприяє розвитку і перебігу запальних процесів. Вказується, що соскоподібний відросток у новонародженої дитини не сформований, а у сформованому відростку розрізняється зовнішня і внутрішня поверхні. Розглядаються 6 типів внутрішньої будови соскоподібного відростка в залежності від віку дитини (пневматичний, диплоетичний, змішаний диплоетично-пневматичний, бульозно-диплоетичний, обмежений комірчасто-диплоетичний, склеротичний). Останній тип його будови формується, очевидно, внаслідок запальних процесів у середньому вусі. Названо 11 типів комірок соскоподібного відростка при пневматичній його будові: 1) постійна пневматична комірка – печера або антрум; 2) порогові; 3) періантральні; 4) перисинуозні; 5) перифаціальні; 6) перилабірні; 7) темпоральні; 8) кутові; 9) верхівкові; 10) апікальні; 11) виличні. Наведено розташування цих комірок.

Детально описана анатомія слухової труби. Вказано на 2 анатомічні частини слухової труби (кісткову і перетинчасто-

хрящову або волокнисто-хрящову) і 2 її отвори – фарингеальний (глотковий) і тимпанальний (барабанний). Підкреслюється, що у новонародженої дитини, немовляти глотковий отвір слухової труби ніколи повністю не закритий, а у дітей старшого віку і дорослих він завжди закритий і відкривається тільки під час ковтання. Відмічено, що між однією і другою частиною слухової труби є перешийок – найвужче місце (до 1 мм), де найчастіше відбувається закупорювання слухової труби. Наведено висоту і ширину перешийка слухової труби: за даними різних авторів, висота складає 1-4,4 мм, а ширина – 1-1,5 мм.

Зазначається, що у новонароджених перешийка немає, висота слухової труби в середньому становить 2 мм на всьому протязі. Відмічено, що виражений перешийок спостерігається у дітей віком 6-12 міс. Вказано на довжину слухової труби у дорослої людини, яка, за даними різних авторів, складає 31-44 мм, у середньому – 36 мм. Наведено дані про довжину слухової труби у дітей у віковому аспекті. Описано 4 типи слухової труби, за даними різних авторів (прямий, S-подібний, S-подібний з нахилом донизу, косий), а також 5 особливостей будови слухової труби у новонароджених: 1) майже вдвічі коротша порівняно з дорослими; 2) циліндричної форми; 3) ширша; 4) розташована майже горизонтально; 5) глотковий отвір розташований нижче, ніж у дорослого, тобто на рівні твердого піднебіння. Підкреслюється, що в епітелії слухової труби розрізняється 5 типів клітин: 1) келихоподібні, що виділяють слиз; 2) базальні (низькі вставні); 3) проміжні (високі вставні); 4) війчасті; 5) безвійчасті; представлена їх локалізація. Акцентується увага на тому, що слизова оболонка слухової труби вкрита слизовим секретом, який складається з 2 шарів: зовнішнього (гель) товщиною до 2 мкм і внутрішнього (золь) товщиною 5 мкм.

Детально описано внутрішнє вухо. При цьому звертається увага на 2 його анатомічні частини (кістковий і перетинчастий лабіринт). Розглядаються 3 складові частини кісткового лабіринту (вестибулярний відділ, завитка, кісткові півколові канали – передній, задній, бічний) та 6 складових частин перетинчастого лабіринту (завиткова

протока, мішечок, маточка, 3 півколових канали).

Розділ 2 «Фізіологія зовнішнього та середнього вуха» має 3 підрозділи: фізіологія зовнішнього вуха, барабанної порожнини та слухової труби. Висвітлюється роль зовнішнього вуха (вушної раковини і зовнішнього слухового ходу) у фізіології слуху. Показано, що вушна раковина вловлює звуки з навколишнього середовища і спрямовує їх у зовнішній слуховий хід, а також відіграє деяку роль в ототопці. Відмічається, що зовнішній слуховий хід проводить звукові хвилі до середнього вуха, а також посилює звуки в межах 10 дБ.

Акцентується увага на тому, що посилення звуку залежить від довжини зовнішнього слухового ходу і частоти звуку. Описана роль барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок в звукопроведенні. Відмічено 2 функції барабанної перетинки: вібраційну та екранізаційну. Вказується, що м'язи барабанної порожнини відіграють роль регуляторів звукопровідного апарата. Підкреслюється, що соскоподібний відросток відіграє певну роль у кістковій провідності звуків. Наведено 2 механізми проведення звукових подразнень: інерційний, який відіграє роль у проведенні низькочастотних звуків, і компресійний, роль якого полягає у проведенні високочастотних сигналів.

Детально описана фізіологія слухової труби. Розглядаються наступні функції слухової труби: вентиляційна (еквіпресорна, аеродинамічна, бароакомодаційна), дренажна, захисна і акустична. Подана розшифровка цих функцій. Зазначається, що слухова труба захищає не тільки середнє вухо від зміни атмосферного тиску, а й внутрішнє вухо. Відмічається, що не зовсім з'ясована акустична (слухова) функція слухової труби.

Розділ 3 «Методи дослідження середнього вуха». Вказується, що дослідження органа слуху складається з визначення даних анамнезу та результатів обстеження. При цьому надається велике значення анамнезу під час постановки діагнозу. Описуються огляд та пальпація вушної раковини, соскоподібних відростків, м'яких тканин ший; методика отоскопії. Звертається увага

на розпізнавальні пункти барабанної перетинки, її квадранти. Надається значення отомікроскопії, яка проводиться електричним отоскопом, що не потребує лобного рефлектора, або операційним мікроскопом. Представлена методика цих досліджень, а також огляд і пневмомасаж барабанної перетинки за допомогою лійки Зігле, техніка тимпанопункції і міринготомії. Вказується на загальновідомі, психоакустичні та об'єктивні методи дослідження слухового аналізатора. Приведено об'єктивний метод визначення функції слухової труби – акустична імпедансометрія, яка виконується у вигляді тимпанометрії та дослідження акустичного рефлексу. Описана методика акустичної імпедансометрії. Підкреслюється, що для визначення прохідності слухової труби застосовується тимпанометрія (звукова манометрія, сономанометрія, звукометрія, акустичний метод), яка оснований на реєстрації звуку в зовнішньому звуковому ході, який подається через ніс. Викладена методика цього дослідження. Наводиться 5 типів тимпанограм: «А», «В», «С», «Д», «Е», подається їх розшифровка. Відмічено 5 ступенів прохідності слухової труби (0, I, II, III, IV) в залежності від величини внутрішньо-барабанного тиску, представлені їх критерії. Відмічено 4 ступеня прохідності слухової труби за Воячком (1908) і 5 ступенів за Міллером (1965). Описана техніка продування слухової труби за методом Політцера (1861), техніка катетеризації слухової труби.

Розділ 4 «Етіологія та патогенез запалення слухової труби». Вказується на гостре та хронічне запалення слухової труби. Наводяться різні назви запалення слухової труби, за даними літератури: сальпінгіт, сальпінгоотит, тубоотит, туботимпаніт, рино-сальпінгіт, катаральний туботимпаніт, ото-сальпінгіт, тимпанальний катар середнього вуха, катаральний отит, катар слухової труби, фаринготуботимпанальне захворювання, тубоотопатія, негнійний середній отит, туботимпанальний катар, закупорка (обтурація, оклюзія) слухової труби.

Підкреслюється, що етіологія гострого запалення слухової труби майже не вивчена, але найчастішою його причиною є ГРВІ і гострі інфекційні захворювання (кір, скар-

латина, дифтерія та ін.), гострі ураження слизової оболонки порожнини носа, навколоносових пазух, глотки та загострення хронічних запалень дихальних шляхів.

Зазначається, що етіологія і патогенез хронічного запалення слухової труби вивчені більш детально, ніж його гострої форми, але також недостатньо.

Перелічено причини хронічного запалення слухової труби: захворювання носа, навколоносових пазух, глотки, які призводять до порушення функції слухової труби, і, як наслідок, виникає недостатня аерація барабанної порожнини, що компенсується втягуванням барабанної перетинки. Відмічається, що патогенез дисфункції слухової труби у хворих на негнійні запалення середнього вуха, зокрема на хронічне запалення слизової оболонки слухової труби, є досить складним, у ньому беруть участь численні чинники.

Розділ 5 «Класифікація, клініка, діагностика та диференціальна діагностика запалення слухової труби». Наведено класифікацію запалення слухової труби, за даними різних авторів, а також міжнародну класифікацію хвороб (МКХ – 10), яка охоплює майже всі хвороби слухової труби і середнього вуха. Представлена власна класифікація запалення слухової труби і у дітей, зокрема. Вказано, що клінічна симптоматика запалення слухової труби різноманітна, але малоінформативна і залежить, насамперед, від віку пацієнта, етіологічних факторів, епідеміологічної обстановки та від форми захворювання. Підкреслюється, що при хронічному запаленні слухової труби в 100% випадків порушується її вентиляційна функція і майже в 70% - дренажна. Відмічено, що діагностика хронічного запалення слухової труби переважно проста.

Зазначається, що диференціальна діагностика проводиться з хронічним секреторним середнім отитом, адгезивним середнім отитом, ателектатичним середнім отитом, отосклерозом, кохлеїтом, сенсоневральною приглухуватістю, гломусною пухлиною середнього вуха. Розглядаються відмінності між хронічним запаленням слухової труби і переліченими захворюваннями.

Розділ 6 «Методи лікування хворих на запалення слухової труби». Показано, що

лікування при гострому і хронічному запаленні слухової труби повинно бути комплексним. Надається велике значення місцевому лікуванню, яке починається з використання судинозвужуючих препаратів з наступним застосуванням у вигляді аерозолів або спреїв антибіотиків і антисептиків: біопарокс, ізофра, мірамістин, етоній та ін., вказується на доцільність проведення мукоактивної терапії при гострому запаленні слухової труби і перелічуються мукоактивні препарати.

Відмічається, що частіше за все в дитячій оториноларингології системно використовуються ацетилцистеїн, амброксол, карбоцистеїн, а останні роки – ереспал. Значну роль відіграє промивання вух за методом Політцера, катетеризації слухової труби. Абсолютно справедливо підкреслюється, що ці процедури слід призначати у разі зменшення запального процесу в порожнині носа і носовій частині глотки. Вказується на використання фізіотерапевтичних процедур: лазера, біоптрона та ін. Зазначається, що лікування при хронічному запаленні слухової труби насамперед треба починати з усунення основної причини, що викликає порушення прохідності слухової труби, з чим не можна не погодитись. Приділяється велика увага санаторно-курортному лікуванню при цій формі запалення слухової труби.

Розділ 7 «Профілактика запалення слухової труби». Коротко описані профілактичні заходи, які повинні застосовуватись для попередження результату гострого чи хронічного запалення слухової труби. Висновки підводять підсумки монографії.

У вказівнику літератури є понад 740 вітчизняних та іноземних джерел.

Предметний покажчик включає нозологічні одиниці захворювань, анатомічні назви, діагностичні методи, лікувальні заходи та ін. Слід відмітити, що даний покажчик допоможе читачам монографії знайти ту або іншу назву захворювань, діагностичних і лікувальних методів та ін. В книзі зустрічаються невідлі вирази і русифіковані слова, наприклад: «тимпанопункція барабанної порожнини», «парацентез барабанної перетинки», «завиток» та ін. На жаль, не пронумеровано перелік джерел літератури. В ряді випадків допущені неточності в ініціалах авторів (як в тексті монографії, так і у вказівнику літератури).

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

В цілому монографія колективу авторів «Запалення слухової труби у дітей» є фундаментальною і дуже цінною роботою для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-інтернів медичних вищих навчальних закладів, студентів медичних вузів, курсантів циклів тематичного вдосконалення та інших спеціалістів (педіатрів, сімейних лікарів та ін.). Видання книги українською мовою буде сприяти більш глибокому оволодінню спеціалістами українською медичною термінологією і українською мовою взагалі. Зазначені зауваження відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують цінність монографії.

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

Надійшла до редакції 22.06.10.

© Г.С. Протасевич, 2010