

УДК 616.321-006.441

**Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, А.А. ЛАЙКО, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ,  
А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ, В.В. БЕРЕЗНЮК, Д.Д. ЗАБОЛОТНА,  
Ю.А. МОЛОЧЕК, Л.А. ШУХ, В.В. СЕГАЛ, І.А. КОСАКІВСЬКА  
«ГІПЕРТРОФІЯ ЛІМФАДЕНОЇДНОЇ ТКАНИНИ ГЛОТКИ». –  
К.: Логос, 2009.**

Монографія колективу авторів – доктора мед. наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України, академіка НАМН України Д.І. Заболотного, доктора мед. наук, професора, заслуженого лікаря України А.А. Лайка, доктора мед. наук, професора О.Ф. Мельникова, доктора мед. наук, професора, заслуженого раціоналізатора України А.Л. Косаковського, доктора мед. наук, професора, заслуженого лікаря України В.В. Березнюка, доктора мед. наук Д.Д. Заболотної, канд. мед. наук Ю.А. Молочек, дитячого отоларинголога Л.А. Шух, канд. мед. наук В.В. Сегал та канд. мед. наук І.А. Косаківської «Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки» присвячена сучасним питанням етіології, патогенезу, клініки, діагностики, диференціальної діагностики гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки та призначення лікування таким хворим.

Вже той факт, що авторами монографії та рецензентами є провідні отоларингологи України, говорить про актуальність розглянутої теми. Це перша монографія в Україні на подібну тематику. Раніше були випущені монографії, присвячені аденоїдним вегетациям (С.И. Мостовой, Е.Д. Марченко «Аденоидные разрастания у детей первого года жизни». – К.: Здоров'я, 1972. – 102 с.; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, А.Л. Косаковський, А.В. Ікаліна, В.А. Лайко, Л.А. Шух «Аденоїдні вегетатії та аденоїдити». – К.: Логос, 2006. – 171 с.).

В монографії узагальнений великий досвід авторів з цієї проблеми. Монографія

буде корисною для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-інтернів, курсантів циклів тематичного удосконалення, педіатрів, сімейних лікарів, а також студентів вищих медичних навчальних закладів.

В книзі є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять лікарів з новими лікарськими препаратами, що застосовуються в оториноларингології. Монографія написана в компактній доступній формі, ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється. Книга складається з передмови, 5 розділів, висновків, вказівника літератури, предметного покажчика.

В передмові стисло, але дуже змістовно представлено суть проблеми.

*Розділ 1 «Клінічна анатомія та фізіологія глотки»* включає 5 підрозділів: клінічна анатомія глотки (горла); клінічна анатомія лімфаденоїдного апарату глотки; фізіологія глотки; фізіологія мигдаликів; імуніфізіологія лімфоепітеліальних структур глотки. Представлено анатомію всіх відділів глотки, заглоткового простору. Анатомія глотки описана у взаємозв'язку з оточуючими її ділянками. Детально розглянута анатомія парафарингеального простору, анатомічні утворення, що проходять там. Викладено анатомічну і гістологічну будову лімфаденоїдного кільця глотки на основі найновіших даних. Підкреслюється, що основну частину лімфаденоїдної тканини гло-

тки становлять 1-й та 2-й піднебінні мигдалики. Крім того, до лімфаденоїдного кільця глотки відноситься 3-й (глотковий) мигдалик, або аденоїдний, 4-й (язиковий), трубні мигдалики (5-й і 6-й), скупчення лімфаденоїдної тканини у вигляді окремих вузликів або повздожних тяжів позаду задніх піднебінних дужок. Сюди належить гортанний мигдалик, який розташований біля входу в гортань, гортанних шлуночків та грушоподібних закутків. Вказано, що в цілому лімфаденоїдний комплекс глотки з 6 мигдаликів отримав назву «лімфаденоїдне глоткове кільце Вальдейєра-Пирогова». Відмічається, що мигдалики належать до лімфоєпітеліальних утворень, до яких входять також пейєрові пляшки, солітарні фолікули та апендикс. Всі ці утворення складають лімфоєпітеліальний комплекс. Зазначено, що характерним для лімфоєпітеліальних утворень є їх розташування на межі зовнішнього та внутрішнього середовищ.

Розглядається ембріональний розвиток мигдаликів. Описано розміри глоткового мигдалика. Вказано на дві поверхні піднебінних мигдаликів – медіальну (вільну), яка звернута до зіву, і зовнішню (латеральну), яка з'єднується з боковою стінкою глотки. Детально наведено схему кровопостачання піднебінних мигдаликів з 20 джерел. Слід зазначити, що знання цієї схеми кровопостачання піднебінних мигдаликів має велике значення для отоларингологів при проведенні хірургічних втручань. Відмічено, що відтік крові з піднебінних мигдаликів відбувається у крилоподібне сплетіння, а звідси – у внутрішню яремну вену. Підкреслюється важливість розташування сонних артерій відносно латеральної поверхні мигдалика. Повідомляється, що у дітей сонні артерії розташовані на різній відстані від верхнього і нижнього полюсів мигдалика. Наведена ця відстань для внутрішньої і зовнішньої сонної артерій.

Вказано, що піднебінні мигдалики не мають привідних лімфатичних судин, а тільки відвідні. Зазначається, що у піднебінних та язиковому мигдаликах виявлено нервові клітини та нервові вузли, що має

значення в клініці. Відмічено рефлексорний зв'язок мигдаликів з нирками та іншими внутрішніми органами і нервовою системою. Підкреслено, що глотковий, язиковий, трубний мигдалики за своєю будовою нагадують піднебінний, але мають деякі особливості. Наведено ці особливості.

Описано важливі життєві функції глотки, а саме: участь у вживанні їжі, диханні, голосоутворенні, мовленні; захисна функція в організмі. Розглянуто смоктальну, ковтальну, резонаторну, дихальну, смакову, захисну функції глотки. Відмічено, що смоктання і ковтання є складним рефлексорним процесом. В деталях описано 4 функції лімфаденоїдної тканини глотки (інформаційна, захисна, нейрорефлексорна, кровотворна). Детально представлена імунофізіологія лімфаденоїдних структур глотки. Підкреслюються відмінності мигдаликів від периферичної лімфоїдної тканини (лімфатичні вузли, селезінка) та від центральних органів імунітету (вилочкова залоза, кістковий мозок).

*Розділ 2 «Методики обстеження глотки».* Описано загальноприйняті методи дослідження глотки (орофарингоскопія, задня риноскопія, непряма гіпофарингоскопія, пальцеве дослідження носової частини глотки). Вказуються ступені аденоїдних вегетацій. Наведено методику прямої гіпофарингоскопії. Відмічено, що рентгенологічні методи дослідження глотки в дитячій оториноларингології не набули широкого застосування. Зазначено, що у дітей електрорентгенографія не знайшла поширення у зв'язку зі збільшенням рентгеновського навантаження на організм. Підкреслюється, що для діагностики складних захворювань використовується комп'ютерна або магнітно-резонансна томографія.

*Розділ 3 «Етіологія і патогенез гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки».* Підкреслено, що етіологія і патогенез лімфаденоїдної тканини глотки вивчені недостатньо. Вказано на низку гіпотез етіології гіпертрофії лімфаденоїдної тканини у дітей:

конституціональна гіпотеза, спадкові фактори, вплив побутових та кліматичних умов, індивідуальні особливості дитини, стан обміну речовин, особливо порушення білкового та вуглеводного обміну, стан ендокринної системи (первинна недостатність гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничкової системи), зокрема дисфункція виличкової залози, умови життя, харчування і, взагалі, стан місцевого та загального імунітету, часті ГРВІ, алергічні та дитячі інфекційні захворювання, хронічні захворювання носа і навколоносових пазух та ін.

*Розділ 4 «Клініка і діагностика гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки».* Розглядаються особливості кожного виду гіпертрофії мигдаликів. Вказується, що клінічний перебіг аденоїдних вегетацій значною мірою залежить від анатомічної будови носової частини глотки, порожнини носа. Описана клінічна симптоматика кожного з трьох ступенів аденоїдних вегетацій. Наводяться різні класифікації симптомів, які зустрічаються у дітей з аденоїдними вегетаціями: порушення функції порожнини носа; патологічні зміни в інших органах (прилеглих та віддалених); місцеві симптоми; загальні симптоми; рефлекторні розлади. Детально розглядається «аденоїдний тип» обличчя. Відмічено, що під час передньої риноскопії видно застійні явища в порожнині носа. У разі наявності широких носових ходів можна бачити в склепінні носової частини глотки збільшений глотковий мигдалик і між ним та м'яким піднебінням виявляються слизові виділення. Детально описана оптична ендоскопія, що застосовується в останні роки для діагностики патології носової частини глотки. Зазначено, що при пальцевому дослідженні носової частини глотки визначається величина аденоїдних вегетацій, консистенція, локалізація і розповсюдження. Підкреслюється, що пальцеве дослідження носової частини глотки недоцільно проводити у дітей, які недавно перенесли гострий середній отит, щоб не викликати його рецидив. Показано, що в окремих випадках для діагностики аденоїдних веге-

тацій можна використати палатофарингеальний симптом, описаний А. К. Чаргейшвілі (1954). Наведено показання до магнітно-резонансної томографії, під час проведення якої визначаються особливості анатомічної будови носової частини глотки, її розміри. Представлено особливості клінічної симптоматики аденоїдних вегетацій у дорослих осіб. Вказано на простоту діагностики аденоїдних вегетацій у дітей дошкільного, шкільного віку та у дорослих. Відмічається, що у немовлят діагностика пов'язана з деякими труднощами і базується на скаргах батьків: утруднене носове дихання, сон з відкритим ротом, хрипіння, порушення смоктання. Описуються симптоми хронічного аденоїдиту. Розглядаються 8 видів патології, що обумовлюються аденоїдними вегетаціями: 1) рецидивуючий середній отит, хронічний сальпінгоотит, секреторний середній отит, хронічний середній отит; 2) фарингіт, ринофарингіт, стенозуючий ларинготрахеїт, ларингіт, трахеїт; 3) гіпертрофія піднебінних мигдаликів, хронічний тонзиліт нерідко є супутньою патологією і рідко – ускладненням; 4) захворювання порожнини носа та навколоносових пазух; 5) аномалії зубо-щелепної системи; 6) виникнення бронхолегеневих та серцево-судинних захворювань; 7) затримка нервово-психічного розвитку, очевидно, внаслідок синдрому ендоназальної обструкції, при якому немає достатньої оксигенації організму; 8) порушення імунного статусу організму, оскільки глотковий мигдалик є частиною лімфаденоїдного глоткового кільця, яке належить до імунокомпетентних органів. Сюди можна додати ще 9-й вид патології – нічний енурез. Наведено захворювання, з якими переважно проводиться диференціальна діагностика аденоїдних вегетацій: юнацька ангіофіброма носової частини глотки, антрохоанальний поліп, хористома (волосатий поліп носової частини глотки), ангіома носової частини глотки, злоякісні пухлини носової частини глотки (саркома, рак, неходжкінська лімфома). Вказується на відмінності аденоїдних вегетацій від перелічених пухлин носової частини глотки.

Підкреслюється, що клінічна симптоматика гіпертрофії піднебінних мигдаликів залежить від величини останніх, а також поєднання з хронічним запаленням. Вказано на 3 ступеня гіпертрофії піднебінних мигдаликів, за одними авторами, та 5 ступенів, за даними інших авторів. Подаються критерії цих ступенів. Описана клінічна симптоматика, діагностика, диференціальна діагностика гіпертрофії піднебінних мигдаликів.

Представлено короткі дані про клініку, діагностику і диференціальну діагностику гіпертрофії язикового мигдалика. Підкреслюється, що у дітей дошкільного віку гіпертрофія язикового мигдалика спостерігається рідко.

*Розділ 5 «Методи лікування хворих з гіпертрофією лімфаденоїдної тканини глотки».* Вказано два методи лікування хворих з гіпертрофією лімфаденоїдної тканини глотки – консервативний і хірургічний. Окремо розглянуто лікування пацієнтів з аденоїдними вегетаціями, гіпертрофією піднебінних мигдаликів та гіпертрофією язикового мигдалика. Відмічено ефективність гомеопатичної терапії при гіпертрофії глоткового мигдалика I-II ступеня, зокрема препарату «Тонзилотрен». Розглядається санаторно-курортне лікування при аденоїдах. В останні роки для видалення аденоїдних вегетацій застосовується кріохірургічний метод – кріодеструкція. Описана техніка кріодеструкції глоткового мигдалика. Підкреслюється, що методом вибору лікування при аденоїдних вегетаціях є хірургічний – аденотомія (аденектомія). Представлено показання та протипоказання до аденотомії.

Описано 2 групи протипоказань до аденотомії і тонзилотомії: 1) абсолютні (органічні серцево-судинні захворювання з недостатністю кровообігу, ниркова декомпенсація, тяжкі форми цукрового діабету, геморагічні діатези, захворювання крові, гіпертонія, інфекційні та онкологічні захворювання); 2) відносні – тимчасові (запальні захворювання зубощелепної системи, гострі респіраторно-вірусні інфекції, дитячі інфекції, контактні з інфекцією діти, дистрофія та анемія, найчастіше наявність менструації).

Розглядається анестезія при аденотомії і тонзилотомії. Відмічено, що нині тонзилотомія робиться під місцевою або загальною анестезією з попередньою премедикацією. Представлена розроблена авторами трансцеребральна електроанальгезія і психопрофілактика при тонзилектомії, тонзилотомії і аденотомії. Зазначено переваги загального знеболення при цих операціях. Підкреслюється, що серед видів загального знеболення найкращим є інтубаційний наркоз. Описано техніку аденотомії і тонзилотомії, післяопераційне лікування, ускладнення під час цих втручань і в післяопераційний період. Автори рекомендують ощадливу тонзилотомію. Розглядається кріотонзилотомія, кріоультразвукова тонзилотомія, тонзилотомія з використанням високочастотного електрозварювання біологічних тканин. Наведено способи профілактики гіпертрофії лімфаденоїдної тканини глотки.

Висновки підводять підсумки монографії.

Вказівник літератури включає понад 520 джерел вітчизняних і зарубіжних авторів.

Предметний покажчик включає нозологічні одиниці, назву операцій, маніпуляцій та інші питання. Слід відмітити, що предметний покажчик наводиться далеко не у всіх монографіях. Він допоможе читачам книги швидко з'ясувати те або інше питання в цій монографії.

К книзі зустрічаються деякі неточності в транскрипції на кшталт «гіпертрофія аденоїдів». Автори не завжди дотримуються єдиної транскрипції: в одних випадках пишуть «аденотомія», «ссання», «ступені аденоїдних вегетацій», в інших «аденектомія», «смоктання», «стадії аденоїдних вегетацій». На жаль, не пронумеровано джерел літератури.

Одним з недоліків цієї книги, в якому, однак, не можна звинувачувати авторів, є її невеликий тираж – 1000 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить вона попит отоларингологів та інших спеціалістів, які захочуть її придбати.

В цілому монографія колективу авторів «Гіпертрофія лімфаденоїдної тканини глотки» є фундаментальною і дуже

цінною книгою не тільки для отоларингологів, але й для інших фахівців (загальних хірургів, дитячих хірургів, онкологів, анестезіологів, сімейних лікарів, лікарів-інтернів), клінічних ординаторів, аспірантів, студентів вищих навчальних медичних закладів III і IV рівнів акредитації.

Видання монографії 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 знижують цінність монографії.

*Завідувач кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії  
Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського –  
доктор медичних наук, професор О. І. ЯШАН*

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

Надійшла до редакції 02.08.2010

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, 2012