

УДК 616.321-002

**А.А. ЛАЙКО, О.Ф. МЕЛЬНИКОВ, А.С. ЖУРАВЛЬОВ, Д.Д. ЗАБОЛОТНА,
І.А. КОСАКІВСЬКА, А.М. ГОЛОВКО, О.Ю. БРЕДУН, Л.А. ШУХ,
Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, В.В. ДЯЧУК, К.А. ХОЦЯНОВСЬКИЙ**

**«ХРОНІЧНИЙ ФАРИНГІТ. КАТАРАЛЬНИЙ, ГІПЕРТРОФІЧНИЙ,
АТРОФІЧНИЙ». – К.: Логос, 2011. – 146 с.**

Монографія колективу авторів – доктора медичних наук, професора, заслуженого лікаря України А.А. Лайка, доктора медичних наук, професора О. Ф. Мельникова, доктора медичних наук, професора А.С. Журавльова, доктора медичних наук Д.Д. Заболотної, кандидата медичних наук І.А. Косаківської, кандидата медичних наук А.М. Головка, кандидата медичних наук О.Ю. Бредуна, дитячого отоларинголога Л.А. Шух, дитячого отоларинголога Ю.В. Гавриленка, кандидата медичних наук, доцента В.В. Дячука, кандидата медичних наук К.А. Хоцяновського «Хронічний фарингіт. Катаральний, гіпертрофічний, атрофічний.» присвячена сучасним питанням етіології, патогенезу, клініки, діагностики, лікування і профілактики різних форм хронічного фарингіту (катаральної, гіпертрофічної, атрофічної).

Той факт, що авторами видання та рецензентами є провідні отоларингологи України, свідчить про актуальність розглянутої теми. Це перша монографія в Незалежній Україні на подібну тематику. В ній узагальнений багатий досвід авторів з цієї проблеми, а також систематизовані дані літератури.

Монографія буде корисною для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-інтернів медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації, студентів медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації, курсантів циклів тематичного удосконалення та інших фахівців (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів та ін.).

В ній є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять лікарів з новими лікарськи-

ми препаратами, що застосовуються в отоларингології («Імупрет», «Фромілід Уно», «Тонзипрет», «Септолете», «Ангіноваг», «Трахісан», «Тонзилотрен», «Ісла Мос», «Ісла Мінт»).

Робота написана в компактній доступній формі, легко читається, ілюстрована чорно-білими малюнками, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється.

Вона складається з передмови, 6 розділів, висновків, вказівника літератури. В передмові стисло, але дуже змістовно представлено суть проблеми.

Розділ 1 «Клінічна анатомія та фізіологія глотки» включає 5 підрозділів: клінічна анатомія глотки; клінічна анатомія лімфаденоїдного апарату глотки; фізіологія глотки; фізіологія мигдаликів; імунофізіологія лімфаденоїдних структур глотки. Викладено анатомію всіх частин глотки (носової, ротової та гортанної), заглоткового простору. Анатомію глотки розглянуто у віковому аспекті і у взаємозв'язку з оточуючими її ділянками. Описано анатомію парафарингеального простору, анатомічні утворення, що проходять там. Детально представлено розвиток, анатомічну і гістологічну будову лімфаденоїдного кільця глотки на підставі найновіших даних. Підкреслюється, що основну частину лімфаденоїдної тканини глотки становлять 1-й та 2-й (піднебінні) мигдалики. Крім того, до лімфаденоїдного кільця глотки відносяться: 3-й (глотовий) мигдалик або аденоїдний; 4-й (язиковий); трубні мигдалики (5-й і 6-й); скупчення лімфоїдної тканини у вигляді окремих вузликів або поздовжніх тяжів позаду

задніх піднебінних дужок. Сюди належить гортанний мигдалик, який розташований біля входу в гортань, гортанних шлуночків та грушоподібних кишених. Вказано, що в цілому лімфаденоїдний комплекс глотки з 6 мигдаликів отримав назву «лімфаденоїдне глоткове кільце Вальдейєра-Пирогова». Зазначається, що мигдалики належать до лімфоепітеліальних утворень, до яких відносяться також пейєрові пляшки, солітарні фолікули та апендикс. Всі ці утворення складають лімфоепітеліальний комплекс. Відмічається, що характерним для лімфоепітеліальних утворень є їх розташування на межі зовнішнього та внутрішнього середовища.

Розглядається ембріональний розвиток мигдаликів, їх розміри у віковому аспекті. Вказано на дві поверхні піднебінних мигдаликів – медіальну (вільну), яка звернена до зіва, і зовнішню (латеральну), яка з'єднується з боковою стінкою глотки. Підкреслюється, що в піднебінних мигдаликах умовно виділяється анатомофункціональна одиниця – криптолімфон, описано його анатомічні утворення. Представлена детальна схема кровопостачання піднебінних мигдаликів з 20 джерел. Слід зазначити, що знання цієї схеми має важливе значення для отоларингологів при проведенні хірургічних втручань.

Показано, що відтікання крові з піднебінних мигдаликів відбувається у крилоподібне сплетіння, а звідти – у внутрішню яремну вену. Відмічається важливість розташування сонних артерій відносно латеральної поверхні мигдалика. Зазначається, що у дітей сонні артерії розташовані на різній відстані від верхнього і нижнього полюсів мигдалика. Приведена ця відстань для внутрішньої і зовнішньої сонних артерій.

Підкреслюється, що піднебінні мигдалики не мають привідних лімфатичних судин, а тільки відвідні. Відмічено, що у піднебінних та язиковому мигдаликах виявлено нервові клітини та нервові вузли, що має значення в клініці. Розглядається рефлекторний зв'язок мигдаликів з нирками та іншими внутрішніми органами і нервовою системою. Показано, що глотковий, язиковий, трубний мигдалики за своєю будовою нагадують піднебінний, але мають деякі

особливості. Повідомляється, що у новонароджених є всі мигдалики, але вони недорозвинені.

Описуються важливі життєві функції глотки, а саме: участь у вживанні їжі, диханні, голосоутворенні, мовленні; захисна функція в організмі. Висвітлюються смоктальна, ковтальна, резонаторна, дихальна, смакова, захисна функції глотки. Зазначено, що смоктання і ковтання є складним рефлекторним процесом. В деталях розглядаються 4 функції лімфаденоїдної тканини глотки (інформаційна, захисна, нейрорефлекторна, кровотворна). Детально представлена імунофізіологія лімфаденоїдних структур глотки. Підкреслюються відмінності мигдаликів від периферичної лімфоїдної тканини (лімфатичних вузлів, селезінки) та від центральних органів імунітету (вилочкової залози, кісткового мозку).

Розділ 2 «Методики обстеження глотки». Описано загальноприйняті методи дослідження глотки: орофарингоскопія; задня риноскопія (епіфарингоскопія); непряма гіпофарингоскопія; пальцеве дослідження носової частини глотки. Вказується на три ступеня аденоїдних вегетацій. Наведено методіку прямої гіпофарингоскопії. Відмічено, що рентгенологічні методи дослідження глотки в дитячій оториноларингології не набули широкого застосування. Розглядаються неінвазивні методи дослідження глотки.

Розділ 3 «Етіологія, патогенез і патологічна анатомія хронічного фарингіту». Повідомляється, що хронічний фарингіт є відповідною реакцією слизової оболонки на вплив різноманітних шкідливих чинників зовнішнього і внутрішнього середовища, які пригнічують неспецифічну і специфічну резистентність організму. Відмічається, що хронічний фарингіт часто виникає внаслідок гострого фарингіту, коли не проводилось лікування, або на тлі побутових і виробничих несприятливих чинників.

Наведено класифікацію хронічного фарингіту, форми гіпертрофічного фарингіту. Підкреслюється, що етіологія і патогенез хронічного фарингіту вивчені недостатньо. Вказано на два основні етіологічні чинники – інфекційний і неінфекційний. Відмічено вплив підвищеного рівня радіації на виник-

нення хронічного фарингіту за останні 3 десятиріччя. Зазначено, що існує пряма залежність різних форм фарингіту від хвороб шлунково-кишкового тракту. Розглядається низка інших факторів в етіології хронічного фарингіту. Повідомляється, що патологічна анатомія хронічного фарингіту залежить від його форми.

Розділ 4 «Клініка та діагностика хронічного фарингіту». Відмічено, що клінічні ознаки хронічного фарингіту залежать від його форми. Підкреслюється, що класифікація хронічного фарингіту, яка використовується нині, є більш морфологічною, ніж клінічною. Показано, що морфологічний діагноз за даними однієї лише фарингоскопії визначити неможливо. Вказується на досить неприємний симптом хронічного фарингіту – хропіння та на його причини. Визначається, що об'єктивні симптоми хронічного фарингіту оцінюються за даними фарингоскопії. Описано два варіанти перебігу фарингіту в умовах дії радіаційних факторів – інгаляційний і пов'язаний з характеристиками самого радіоактивного елемента. Зазначено, що у диференціальній діагностиці хронічного атрофічного фарингіту треба мати на увазі озену, склерому та атрофічний риніт.

Приведена таблиця диференціально-діагностичних ознак ангіни і загострення хронічного фарингіту.

Розділ 5 «Методи лікування хворих на хронічний фарингіт». Представлено чотири основні групи методів лікування хворих на хронічний фарингіт – медикаментозна терапія, фізіотерапевтичні методи, деструкція гіперплазованих ділянок слизової оболонки задньої стінки глотки, комбіноване місцеве і загальне лікування. Відмічається, що при різних формах хронічного фарингіту необхідно перш за все ліквідувати етіологічні і патогенетичні фактори, які підтримують хронічний запальний процес у глотці, з чим не можна не погодитись. Справедливо підкреслюється, що треба, насамперед відновити носове дихання, ліквідувати осередки інфекції у верхніх і нижніх дихальних шляхах та захворювання шлунково-кишкового тракту, ендокринну патологію, хвороби центральної нервової системи, зокрема неврози. Велике значення надається дотриман-

ню відповідної дієти та місцевому лікуванню з приводу хронічного фарингіту. Розглядається лікування при різних формах хронічного фарингіту. При хронічному гіпертрофічному фарингіті велике значення надається кровопливу.

Розділ 6 «Профілактика хронічного фарингіту». Вказано, що профілактику хронічного фарингіту доцільно починати з раннього дитячого віку і спрямовувати її на правильне харчування. Наводиться низка заходів щодо профілактики хронічного фарингіту. Це – покращання соціально-побутових умов життя, нормалізація функції ендокринної системи, систематичне лікування хворих на хронічний аденоїдит, індивідуальні заходи, направлені на підвищення захисних сил організму, санація порожнини носа, навколоносових пазух та ін.

Висновки підводять підсумки монографії.

У вказівнику літератури нараховується 367 вітчизняних і зарубіжних джерел інформації.

На завершення вважаємо за необхідне висловити деякі зауваження і побажання. В монографії зустрічаються неточності в прізвищах авторів. Не завжди дотримується правильний бібліографічний опис джерел інформації. Наприклад, в ряді випадків за 1990-1994 рр. приводиться назва джерела інформації «Журнал вушних, носових і горлових хвороб» замість «Журнал ушних, носових и горловых болезней». В деяких цитованих монографіях, дисертаціях не зазначена кількість сторінок. Нам уявляється, що замість «глотка», «глотковий мигдалик» краще було б писати «горло», «горловий мигдалик». Одним з недоліків монографії, однак не з вини авторів, є порівняно невеликий тираж – 500 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить він попит всіх бажаючих придбати видання. Адже монографію захочуть отримати не тільки отоларингологи, але й лікарі інших спеціальностей, студенти медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації, які готуються стати отоларингологами.

В цілому монографія колективу авторів «Хронічний фарингіт. Катаральний, гіпертрофічний, атрофічний» є фундаментальною і дуже цінною роботою для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів,

лікарів-інтернів медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації, студентів медичних ВНЗ III і IV рівнів акредитації, курсантів циклів тематичного вдосконалення та інших спеціалістів (терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів та ін.) Видання книги українською

мовою буде сприяти більш глибокому оволодінню спеціалістами українською медичною термінологією і українською мовою взагалі. Зазначені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують 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 28.02.12.

© О.І. Яшан, Г.С. Протасевич, 2012