

**А.А. ЛАЙКО, Д.І. ЗАБОЛОТНИЙ, В.В. БЕРЕЗНЮК, А.Л. КОСАКОВСЬКИЙ,
Д.Д. ЗАБОЛОТНА, О.В. САПРОНОВА, Ю.В. ГАВРИЛЕНКО, І.А. КОСАКІВСЬКА,
М.В. ТАРАН, Л.А. ШУХ, В.В. ДЯЧУК, Б.Н. БІЛЬ.**
СФЕНОЇДИТ. – К.: Логос, 2012. – 155 с.

Монографія колективу авторів – доктора мед. наук, професора кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної мед. академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, заслуженого лікаря України А.А. Лайка, директора ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», доктора мед. наук, професора, заслуженого діяча науки і техніки України, академіка НАМН України Д.І. Заболотного, завідувача кафедри оториноларингології Дніпропетровської державної мед. академії, доктора мед. наук, професора, заслуженого лікаря України В.В. Березнюка, завідувача кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної мед. академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, доктора мед. наук, професора, заслуженого раціоналізатора України А.Л. Косаковського, старшого наукового співробітника ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», доктора мед. наук Д.Д. Заболотної, отоларинголога ЛОР-відділення м. Дніпропетровська О.В. Сапронової, дитячого отоларинголога ЛОР-відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит», кандидата мед. наук Ю.В. Гавриленка, асистента кафедри дитячої оториноларингології, аудіології та фоніатрії Національної мед. академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кандидата мед. наук І.А. Косаківської, отоларинголога ЛОР-відділення м. Дніпропетровська М.В. Тарана, дитячого отоларинголога ЛОР-відділення Національної дитячої спеціалізованої лікарні «Охматдит» Л.А. Шух, кандидата мед. наук, доцента В.В. Дячука (м. Мукачево), кандидата мед. наук, доцента, завідувача ЛОР-відділення 9-ї клінічної лікарні м. Києва, керівника міського науково-практичного ендоскопічного риноларингологічного

центру Б.Н. Біля «Сфеноїдит» присвячена сучасним питанням етіології, патогенезу, клінічних проявів, діагностики, диференціальної діагностики, сфеноїдиту, призначенню лікування. Вже той факт, що авторами монографії та рецензентами є провідні отоларингологи України, говорить про актуальність розглянутої теми. Це перша монографія в Україні взагалі і в Незалежній Україні, зокрема, на подібну тематику. У монографії узагальнено багатий досвід наукової розробки авторів з цієї проблеми, а також систематизовані дані літератури.

Книга буде корисною, головним чином, для отоларингологів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, курсантів циклів тематичного удосконалення, педіатрів, терапевтів, сімейних лікарів, а також студентів вищих медичних навчальних закладів III і IV рівнів акредитації. В монографії є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять лікарів з новими лікарськими препаратами, що застосовуються в оториноларингології (Хьюмер, Аугментин, Цинабсин, Називін, Ново Севен, Аква Маріс).

Робота написана в компактній доступній формі, легко читається, має чорно-білі ілюстрації, а також таблиці, що робить матеріал, який подається, більш наочним і таким, що легко засвоюється.

Монографія складається з передмови, 5 розділів, висновків, літератури.

В передмові стисло, але дуже змістовно представлено суть проблеми.

Розділ 1 «Клінічна анатомія і фізіологія порожнини носа та приносних пазух». Детально описується анатомія порожнини носа. Вказується на три носові раковини і три носових ходи. Розглядаються різні форми будови гачкоподібного відростка. Зазначається, що вони можуть сприяти розвитку синуситу. Подана детальна анатомія стінок

порожнини носа. Підкреслюється, слизова оболонка порожнини носа має 2 шари: зовнішній – слизовий та внутрішній – сполучнотканинний; останній особливо розвинутий у передніх та задніх частинах нижньої носової раковини і називається кавернозним або печеристим шаром, тому що складається з великої кількості печер, які відокремлюються одна від одної трабекулами.

Наводиться межі порожнини носа, її кровопостачання, лімфовідток, іннервація особливості будови носа у дітей різного віку.

Вказується на розвиток приносних пазух. В деталях описуються всі приносні пазухи (верхньощелепна, решітчаста, лобна, клиноподібна). Клінічна анатомія приносних пазух подана у взаємозв'язку з орбітою та іншими оточуючими їх ділянками. Викладається анатомія орбіти. Розглядаються 4 кісткові стінки орбіти; 4 прямих і 2 косих м'язи, які прикріплюються до очного яблука; верхня і нижня орбітальні щілини, кровопостачання та іннервація органів орбіти. Детально відмічаються функції порожнини носа – дихальна, захисна, нюхова, резонаторна, слезовидільна. Підкреслюється, що функція приносних пазух вивчена ще недостатньо; приносними пазухам властиві майже всі функції порожнини носа, вони заповнені повітрям, зменшують масу лицевого черепа і відіграють амортизаційну роль.

Розділ 2 «Етіологія, патогенез і патологічна анатомія сфеноїдиту». Описано 2 форми сфеноїдиту – гостру і хронічну. Зазначається, що причиною виникнення гострого сфеноїдиту є різні мікроорганізми, розглядаються мікробні та вірусні фактори гострого сфеноїдиту. Приводяться 3 форми гострого сфеноїдиту – легка, середньої тяжкості, тяжка.

Вказується, що при хронічному сфеноїдиті характер мікрофлори значно відрізняється від такої при гострих ураженнях пазухи; хронічний сфеноїдит викликається анаеробними бактеріями, що не утворюють спори, та дуже рідко спороутворюючими бактеріями.

Підкреслюється, що при хронічному синуситі, зокрема при хронічному сфеноїдиті, висівається грибова флора і частіше, ніж

це було раніше. Існують 4 форми грибкового синуситу (2 інвазивні і 2 не інвазивні). Відмічається ряд чинників зростання ролі грибкової форми в розвитку синуситу. До цього часу патогенез сфеноїдиту не можна вважати остаточно з'ясованим. Зазначається, що в механізмі розвитку патологічного процесу в клиноподібній пазусі відіграють роль її анатомічні особливості, стан функції слизової оболонки пазухи і порожнини носа, вірулентність мікрофлори і резистентність організму як локальна, так і загальна.

Наведено також інші чинники синуситу, зокрема сфеноїдиту: фактори місцевого і системного імунітету, алергія, загальне охолодження, потрапляння в клиноподібну пазуху холодної води під час купання у забруднених озерах і річках, промивання порожнини носа холодною водою при загартуванні. Вказується, що хронічний сфеноїдит може розвинути при ураженні кісткових стінок туберкульозом, сифілісом, пухлиною, СНІД, при травмах та сторонніх тілах.

Підкреслюється, що значну роль у виникненні сфеноїдиту відіграють анатомічні особливості «вузьких місць» клиноподібних пазух, патологія отвору клиноподібної пазухи. Вказується, що патологоморфологічні зміни при гострому і хронічному сфеноїдиті майже не вивчені, а при гострому синуситі вони виявляються здебільшого у вигляді інфільтрації епітелію лейкоцитами, а також накопичення патологічного вмісту, набряку і потовщення слизової оболонки. В той же час при хронічному сфеноїдиті спостерігаються виражені зміни в серозних і слизових залозах власної пластинки слизової оболонки, а саме: поєднання атрофії і гіперплазії залоз.

Розділ 3 «Клінічна характеристика та діагностика сфеноїдиту». Зазначається, що клінічно розрізняється гострий і хронічний сфеноїдит, що характеризуються загальними та місцевими ознаками, описуються ці ознаки. Розглядаються методи діагностики сфеноїдиту – передня і задня риноскопія, рентгенологічне дослідження (рентгенографія) пазух, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ендоскопічне дослідження, зондування пазухи та її пункція. Приводяться знімки комп'ютерної і

магнітнорезонансної томографії в аксіальній проекції, фотографії при проведенні ендоскопії порожнини носа та клиноподібної пазухи.

Акцентується увага на тому, що при гострому сфеноїдиті з діагностичною метою не застосовується зондування пазухи та її пункція, а найбільш поширеним методом є рентгенологічне дослідження пазух, особливо комп'ютерна томографія та ендоскопічні методи. Відмічається, що метод ультразвукової діагностики не знайшов застосування, не отримав широкого поширення також морфофункціональні методи дослідження.

Підкреслюється, що патологія клиноподібної пазухи відрізняється малосимптомністю суб'єктивних і об'єктивних ринологічних ознак захворювання, однак з розвитком ендоскопічних, мікроскопічних об'єктивних методів дослідження (комп'ютерна томографія, магнітнорезонансна томографія) частота діагностування патології клиноподібної пазухи значно збільшилася.

Розділ 4 «Методи консервативного і хірургічного лікування сфеноїдиту». Зазначається, що лікування хворих на гострий і хронічний сфеноїдит є однією з важливих проблем сучасної оториноларингології, яке потребує значних фінансових затрат, з чим не можна не згодитись. Вказуючи на два методи лікування з приводу сфеноїдиту – консервативний і хірургічний –, автори монографії відмічають, що переважна більшість таких пацієнтів одужує за допомогою консервативних методів лікування, бо хірургічне втручання показано лише в тому випадку, коли консервативні методи не ефективні. Розглядаються схеми системного антибактеріального лікування дітей, хворих на гострий сфеноїдит, за допомогою різних антибіотиків, вказується на застосування у них місцевих антибіотиків і антисептиків при гострому сфеноїдиті. Перелічуються ці препарати. Згадується також про використання антигістамінних препаратів I, II, III поколінь. Представлено схеми лікування, до яких включаються мукоактивні препарати, котрі поділені на 4 групи: 1) муколітики; 2) мукогідранти; 3) мукокінетики; 4) мукорегулятори. Розшифровується їх вплив на

продукцію слизу, його адгезію, транспорт та ін. Наводяться назальні деконгестанти, класифікація їх за механізмом дії. Звертається увага на те, що нерідко при застосуванні назальних деконгестантів виникає отруєння організму, клінічні прояви якого досить різноманітні. Описується фізіотерапевтичне лікування при гострому синуситі, його направленість.

Повідомляється про ендоскопічні хірургічні втручання на приносних пазухах (ендоскопічна ендоназальна етмоїдотомія, сфеноїдотомія) з одночасною корекцією внутрішньоносових структур, які можуть зашкодити повноцінній вентиляції пазухи (септопластика, резекція середньої носової раковини, підслизова вазотомія нижніх носових раковин); радикальні втручання (сфеноїдотомія). Вказується, що при комплексному лікуванні з приводу хронічного сфеноїдиту призначаються ендоназальні кортикостероїди, наведено механізм їх дії.

Відмічаються антигомотоксичні препарати. Підкреслюється, що антибактеріальна терапія при хронічному сфеноїдиті використовується у разі загострення запального процесу в клиновидній пазусі, при ознаках орбітальних та внутрішньочерепних ускладнень та після планових хірургічних втручань.

Розглядається лікування при грибковому сфеноїдиті, у тому числі хронічному сфеноїдиті, коли необхідно створити дренаж приносних пазух, розм'якшити і розідити густий секрет та призначити муколітичні препарати для оптимізації пересування слизу за рахунок активації моторики миготливого епітелію.

Підкреслюється, що у дітей промивання клиновидної пазухи робиться під загальним знеболенням. Описуються анатомічні орієнтири при промиванні цієї пазухи.

Розділ 5 «Профілактика сфеноїдиту». Зазначається, що профілактика гострого і хронічного сфеноїдиту, насамперед, полягає у різноманітних заходах, спрямованих на профілактику грипу, ГРВІ та дитячих і соматичних хвороб, на зміцнення специфічних і неспецифічних реакцій організму. За досвідом авторів монографії, хронічні осередки інфекцій, гіпертрофії лімфаденоїдної тканини, носових раковин потребують за-

стосування методів консервативного лікування чи хірургічного втручання з метою профілактики хронічного риносинуситу.

Коротко підсумовуючи цей розділ, автори монографії підкреслюють, що в основі профілактики хронічного сфеноїдиту лежать загальнозміцнюючі заходи, санація осередків інфекції в ЛОР-органах і зубощелепній системі, загартовуючі процедури, санаторно-курортне лікування та екологічні заходи; необхідні хірургічні втручання для нормалізації носового дихання та ефективне сучасне лікування з приводу гострого сфеноїдиту, який дуже часто розвивається на тлі ГРВІ. З цією тезою важко не погодитись.

Крім того, у профілактиці сфеноїдиту необхідно дотримуватись правильного харчування, а тому значне місце слід відводити покращанню соціально-побутових умов життя пацієнтів, нормалізації функції систем організму, зокрема вилочкової залози, яка впливає на розвиток гіпертрофії лімфоденоїдної тканини глотки, має протибактеріальну та противірусну дію.

Висновки підводять підсумки монографії. У вказівнику літератури приведено значну кількість вітчизняних і зарубіжних джерел інформації.

На завершення висловлюємо деякі побажання і зауваження.

Не уніфікована назва запалення приносових пазух. В одному місці написано «синусит», в іншому – «синусит». Нам уявляється більш доцільним термін «синусит».

На стор. 100 повторюється абзац, написаний на стор. 99. У вказівнику літератури не пронумеровано джерела інформації, тому важко орієнтуватись в їх кількості.

В деяких випадках не дотримано правильного бібліографічного опису джерел інформації. Так, за 1996 р. замість «Журнал вушних, носових і горлових хвороб» написано «Журнал ушных, носовых и горловых болезней». Замість назви журналу «Ринологія» вказана назва «Ринология». Зустрічаються випадки, коли назва журналу не уніфікована. Так, в одних випадках журнал називають «Российская ринология», в інших – «Рос. ринология». Іноді відсутній рік видання джерела інформації. Не скрізь вказано видавництво книг.

Одним з недоліків монографії, в якому, однак, не можна звинувачувати авторів, є порівняно невеликий тираж – 500 примірників. Тому невідомо, чи задовольнить вона попит всіх бажаючих її придбати. Адже монографію захочуть отримати не тільки отоларингологи, але й лікарі інших спеціальностей, студенти вищих медичних навчальних закладів III і IV рівнів акредитації, які готуються стати отоларингологами, та інші спеціалісти.

В цілому монографія колективу авторів «Сфеноїдит» є фундаментальною і дуже цінною книгою для отоларингологів, клінічних ординаторів, аспірантів, лікарів-інтернів, студентів медичних вищих навчальних закладів III і IV рівнів акредитації, курсантів циклів тематичного удосконалення, сімейних лікарів та ін. Видання книги українською мовою буде сприяти більш глибокому оволодінню спеціалістами українською медичною термінологією і українською мовою взагалі. Зазначені побажання і зауваження відбивають нашу власну точку зору і ніякою мірою не зменшують цінність монографії.

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

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