

РЕЦЕНЗІЯ

на монографію А.А. Лайка, Д.І. Заболотного, І.І. Горішнього
«Секреторний середній отит». – К.: Логос, 2005. – 120 с.

Вихід в світ цієї книги є подією в оториноларингології. Це перша монографія в Україні на подібну тематику. Її автори – проф. А.А. Лайко, академік НАМН України, проф. Д.І. Заболотний є відомими науковцями-оториноларингологами. В ній узагальнений великий досвід авторів з питання етіології, клініки, діагностики, лікування та профілактики секреторного середнього отиту. Книга написана в компактній, стислій формі, складається з передмови, 6 розділів, висновків, списку літератури. Вона має чорно-білі ілюстрації, що робить матеріал, який подається, більш наочним. В монографії є кольорові рекламні вклейки, які знайомлять читачів з новими медикаментами, що застосовуються в оториноларингології (аугментин, фликсоназе, синуфорте, тебрис, бетасерк, ІРС 19, імудон, неотропіл). У „передмові” вказані проблеми з етіології, патогенезу, діагностики секреторного середнього отиту.

Розділ 1 «Клінічна анатомія зовнішнього і середнього вуха». Після короткого опису ембріонального розвитку органа слуху детально наводяться анатомічні особливості зовнішнього і середнього вуха. При описанні зовнішнього вуха представлена анатомічна будова обох його складових частин (вушної раковини і зовнішнього слухового ходу). Подано всі 16 анатомічних утворень вушної раковини на рисунку. Зазначається, що вушна раковина є м'якою малорухомою і малоеластичною, але її заглиблення у немовлят виражене чіткіше. Описуються особливості зовнішнього слухового ходу у новонароджених і немовлят. Вказується на дві складові частини зовнішнього слухового ходу (перетинчасто-хрящову і кісткову) і чотири його стінки (передню, задню, верхню і нижню) та дета-

льно наводиться їх анатомічна будова. Зазначається, що зовнішній слуховий хід вкритий шкірою, яка в кістковій частині є дуже тонкою, не має підшкірної жирової клітковини, залоз і волосся. Описується кровопостачання та іннервація зовнішнього слухового ходу. Наводиться 8 особливостей будови зовнішнього вуха у дітей. Після перерахування анатомічних утворень, що складають середнє вухо, детально описуються стінки барабанної порожнини, особливо внутрішня, задня і зовнішня. Підкреслюється, що у верхній стінці нерідко бувають дегісценції, які не мають судин і через які інфекція може поширюватися контактним шляхом. Наводиться схематичне зображення середнього вуха на рисунку, де вказується на 10 його складових частин, і схематичне зображення задньої стінки барабанної порожнини 18 її анатомічних утворень. Вказується на дві складові частини барабанної перетинки (натягнуту і розслаблену). Описуються особливості розташування барабанної перетинки у дітей і дорослих. Зазначається, що розслаблена частина барабанної перетинки складається з двох шарів (зовнішнього і внутрішнього), а у натягнутій частині є ще середній шар – сполучнотканинний, який складається з циркулярних і радіарних еластичних волокон, що натягують барабанну перетинку і вплітаються в держальця молоска. Вказується на 4 квадранти барабанної перетинки (задньовверхній, задньонижній, передньовверхній, передньонижній). Зазначається, що поділ барабанної перетинки на квадранти прийнято для позначення місця розташування рубців, перфорацій та проєкцій структур середнього вуха на барабанну перетинку. Наводиться 6 стінок барабанної порожнини (нижня, внутрішня, зовнішня, задня,

передня, верхня) і 3 її поверхи (верхній, середній, нижній). Підкреслюється, що ембріональна міксоїдна тканина, яка є у новонароджених, з віком дитини протягом 6-8 тиж після її народження поступово розсмоктується. Відмічається, що ембріональна тканина утворює в барабанній порожнині складки і перетинки. Усе це сприяє розвитку і перебігу запальних процесів у барабанній порожнині. Розрізняються 2 частини слухової труби – кісткова і перетинчастохрящова та 2 її отвори – фарингеальний (горловий) і тимпанальний (барабанний). Вказується на особливості її анатомічної будови у дітей. Зазначаються особливості анатомічної будови слухової труби у новонародженого: майже вдвічі коротша порівняно з дорослими; циліндричної форми; ширша; розташована майже горизонтально; горловий отвір розташований нижче, ніж у дорослого: на рівні твердого піднебіння. Зазначається, що довжина слухової труби у новонароджених і немовлят складає 20 мм (у дорослих - близько 35-45 мм), вона ширша і пряма, не має перешийка і кісткової частини. Підкреслюється, що ця обставина відіграє значну роль у поширенні інфекції з носової частини глотки в барабанну порожнину. Відмічається, що соскоподібний відросток, не сформований у новонародженій дитині, розвивається в 4-5-місячному віці дитини. Зазначається, що у сформованому соскоподібному відростку розрізняються зовнішня і внутрішня поверхні. Описується 6 типів будови соскоподібного відростка у дітей (пневматичний, диплоетичний, диплоетично-пневматичний, бульозно-диплоетичний, обмежений коміркувато-диплоетичний і склеротичний) і 11 видів комірок соскоподібного відростка (антрум, порогові, періантральні, перисинуозні, перифаціальні, перилабірентні, темпоральні, кутові, верхівкові, апікальні, виличні). Описується хід лицевого нерва, кровопостачання та іннервація барабанної порожнини. Слід зазначити, що описані особливості будови зовнішнього і середнього вуха у дітей матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення для практикуючого отоларинголога, особливо початківця.

Розділ 2 «Етіологія і патогенез секреторного середнього отиту». Підкреслю-

ється, що секреторний середній отит називається різною термінологією («ексудативний середній отит», «секреторний катар середнього вуха», «туботимпаніт», «туботимпанальний катар», «мукозний отит», «мукоїдний отит», «мукоїдне вухо», «клейке вухо», «серомукоїдний катар середнього вуха», «серозний отит»). Всього запропоновано близько 20 термінів, зазначають автори. Далі відмічається, що етіологія і патогенез секреторного середнього отиту багатогранні та ще недостатньо вивчені, з чим не можна не погодитись. За тим наводяться дані про етіологію секреторного середнього отиту. При цьому підкреслюється роль бактеріального фактора в етіології даного захворювання. Зазначається, що активність запального процесу значною мірою залежить від патогенності, виду, вірулентності мікробного агента, а також від реактивності організму хворого. Відмічається, що секреторний середній отит може спричинити вірусна інфекція. Вказується, що в етіології секреторного середнього отиту, крім мікробного, відіграють роль інші фактори: вікові анатомо-фізіологічні особливості будови середнього вуха; стан верхніх дихальних шляхів; наявність захворювань бактеріальної чи вірусної природи; зміни реактивності організму; нераціональне лікування осіб, у яких первинно виник гострий середній гнійний отит, та ін. Нерідко виникнення і перебіг секреторного середнього отиту зумовлюють декілька факторів. В його розвитку велику роль відіграє патологія верхніх дихальних шляхів (захворювання носа, навіколоносових пазух, глотки), які призводять до порушення функції слухової труби, і, як наслідок, виникає недостатня аерація барабанної порожнини і евакуація її вмісту. При цьому велике значення надається аденоїдним вегетаціям. В розвитку секреторного середнього отиту велику роль відіграє алергія. Зазначається, що алергічну реакцію можна розглядати як тло для розвитку секреторного середнього отиту, як причину набряку слизової оболонки слухової труби і трансудації в барабанну порожнину. Зазначається, що зміни функціонального стану імунної системи мають велике значення у виникненні і перебігу секреторного середнього отиту. Підкреслюється, що вивчення

співвідношення імуноглобулінів у вмісті барабанної порожнини і сироватці крові у хворих на секреторний середній отит дає можливість отримати деякі уявлення про імунобіологічні механізми утворення ексудату в порожнинах середнього вуха. Повідомляється, що при секреторному середньому отиті відзначається високий вміст мономерної і секреторної форм IgA, що свідчить про підвищену імунологічну активність слизової оболонки середнього вуха. Посилаючись на дані деяких авторів, автори відмічають, що вміст IgG в ексудаті є зниженим, що вказує на слабку, але тривалу запальну реакцію в середньому вусі. Коротко описується патогенез секреторного середнього отиту. Підкреслюється, що порушення мукоциліарного кліренсу призводить до погіршення евакуації ексудату з барабанної порожнини, особливо за наявності тягучого слизу. Описується механізм цього явища. Дається характеристика різновиду секреторного середнього отиту – ідіопатичному гематотимпануму або «синьому вуху». Підкреслюється, що етіологія і патогенез гематотимпануму вивчені недостатньо. Виведено досить важливе у практичному відношенні положення: порушення вентиляційної і дренажної функції слухової труби призводить до створення негативного тиску і до виникнення трансудату, далі – ексудату при приєднанні інфекції. Підкреслюється, що патоморфологічні зміни в порожнинах середнього вуха вивчені недостатньо. Описуються цитологічні стадії секреторного середнього отиту і дається їх інтерпретація. Безсумнівно, що викладені в цьому розділі відомості матимуть велике практичне значення для практикуючих отоларингологів, особливо початківців.

Розділ 3 «Клінічна характеристика секреторного середнього отиту». Зазначається, що клінічна симптоматика секреторного середнього отиту у дітей надто різноманітна, але малоінформативна, з чим не можна не погодитися. Після описання форм секреторного середнього отиту наводяться суб'єктивні і об'єктивні ознаки цього захворювання. Детально описуються отоскопічні і отомікроскопічні зміни барабанної перетинки. Зазначається, що за допомогою отоскопії, отомікроскопії тяжко визначити

патологічний процес в барабанній порожнині, а тим більше морфологічну стадію захворювання. Підкреслюється, що порушення слуху у хворих на секреторний середній отит має звукопровідний характер. Зазначається, що кісткова провідність, як правило, не порушується, проте може бути порушення слуху по кістковій провідності на високі частоти за рахунок великої кількості в'язкого трансудату, який блокує вікна лабіринту, або коли у хворих на секреторний середній отит була раніше хронічна сенсоневральна приглухуватість. Описується характеристика тимпаногам типів «А», «В», «С», «Д», «Е». За досвідом авторів монографії, найважливішим у діагностиці секреторного середнього отиту є тимпанопункція барабанної порожнини, яка у дітей проводиться під наркозом. Підкреслюється, що тимпанопункція є менш травматичною та більш інформативною порівняно з міринготомією, що важко заперечити. Слід відмітити, що описані в цьому розділі клінічні прояви секреторного середнього отиту матимуть неабияке практичне значення для практикуючих отоларингологів, особливо початківців.

Розділ 4 «Діагностика секреторного середнього отиту». Зазначається, що діагностика секреторного середнього отиту базується на комплексному обстеженні хворого. Описуються суб'єктивні та об'єктивні діагностичні методи в розпізнаванні цього захворювання. В діагностиці секреторного середнього отиту, поряд з отоскопією, отомікроскопією, акуметрією, за показаннями проводиться порогова, надпорогова, мовна та гральна аудіометрія. Відмічається, що до простих об'єктивних методів дослідження слуху належать визначення безумовних рефлексів на звук: завитково-пальпобральний рефлекс (рефлекс Бехтерева); завитково-зіничний рефлекс Шуригіна, рефлекс Моро. Підкреслюється, що комп'ютерна аудіометрія є більш об'єктивним електрофізіологічним методом. Вказується на тимпанометрію і тимпанопункцію як діагностичні методи в розпізнаванні секреторного середнього отиту. Зазначається, що для діагностики секреторного середнього отиту достатньо зробити одну рентгенограму за Шюллером, щоб отримати уявлення про

стан комірок соскоподібного відростка. Описується диференціальна діагностика, яка проводиться з хронічним сальпінгоотитом, адгезивним середнім отитом, отосклерозом, сенсоневральною приглухуватістю, гломусною пухлиною середнього вуха (хемодектомою), крововиливом в барабанну порожнину, високим стоянням цибулини яремної вени. Наводяться відмінності цих захворювань від секреторного середнього отиту. Описується методика обстеження верхніх та нижніх дихальних шляхів. Підкреслюється, що комплексне обстеження верхніх та нижніх дихальних шляхів і оцінка отриманих даних дозволяють зробити висновок про причини виникнення секреторного середнього отиту.

Розділ 5 «Лікування при секреторному середньому отиті». Зазначається, що лікування хворих на секреторний середній отит повинно бути поетапним, комплексним, оскільки жодний метод, взятий окремо, не дає позитивного результату. Насамперед проводиться етіотропне лікування, скероване на відновлення функції слухової труби. Підкреслюється, що необхідно починати санацію з порожнини носа та навколоносових пазух консервативними або хірургічними методами. Описується комплексне лікування хворих на хронічний аденоїдит, хірургічне лікування з приводу аденоїдних вегетацій (аденотомія). Повідомляється про пальцевий масаж горлових отворів слухових труб. Зазначається, що наступним етапом лікування хворих на секреторний середній отит є відновлення функції слухової труби різними методами її продування або застосуванням жувальної гумки для вентиляції барабанної порожнини. Відзначається ефективність методу введення кортикостероїдних препаратів через катетер у слухову трубу. Вказується на використання фізіотерапевтичних методів при дисфункції слухової труби у хворих на секреторний середній отит. Приводяться фізіотерапевтичні методи, які використовуються при цьому. Вказується на застосування антибактеріальних і протизапальних засобів, мукоактивних засобів, стероїдних препаратів. Відзначається використання тимпанопункції і міринготомії для видалення вмісту з барабанної порожнини і її секретії, а також для введення

лікарських речовин в барабанну порожнину. Перелічується арсенал лікарських засобів, які вводяться в барабанну порожнину при тимпанопункції. Вказується на ефективність методу тимпанопункції з наступним промиванням барабанної порожнини і введенням в неї лікарських препаратів. Зазначаються показання до шунтування барабанної порожнини при лікуванні секреторного середнього отиту. Описується метод тривалого дренивання барабанної порожнини. Наводяться ускладнення, які виникають при шунтуванні барабанної порожнини (стійка перфорація барабанної перетинки, розвиток рубцевих процесів в барабанній порожнині, ателектаз і холестеатома, гостре запалення середнього вуха та ін.). Вказується на рецидиви секреторного середнього отиту. Знайомство з цим розділом книги виявиться корисним для практикуючих отоларингологів, особливо початківців.

Розділ 6 «Профілактика секреторного середнього отиту». Зазначається, що профілактика секреторного середнього отиту пов'язана з ліквідацією тих чинників, які призвели до розвитку захворювання. Відмічається, що супутні захворювання (ГРВІ, патологія порожнини носа і глотки) вимагають проведення профілактичних заходів. Підкреслюється, що діти, які перенесли інфекційне захворювання, оглядаються отоларингологом для виявлення ускладнень з боку верхніх дихальних шляхів. При підозрі на зниження слуху дітей скеровують на тимпанометрію та психоакустичні методи дослідження слуху. Зазначається, що при порушенні функції слухової труби необхідно обстежити носову частину глотки за допомогою оптики для виявлення патології в ділянці горлового отвору слухової труби. Відмічаються доцільність профілактичних оглядів дошкільнят і школярів, адже перебіг секреторного середнього отиту відбувається непомітно, він майже не турбує дітей, а батьки пізно звертають на це увагу. Зазначається, що лікування хворих має бути комплексним з урахуванням сучасних досягнень оториноларингологічної науки. Підкреслюється, що велике значення в профілактиці секреторного середнього отиту належить загальноозміцнюючим заходам, санаторно-курортному лікуванню. Педіатр прово-

дить лікування соматичних захворювань. З метою профілактики секреторного середнього отиту автори рекомендують при імунологічній недостатності застосовувати імуномодулятори, а при алергічних захворюваннях – курси антигістамінних препаратів першого або другого покоління. Вказується на проведення санітарно-просвітної роботи серед дітей шкільного віку.

У «висновках» коротко підсумовується зміст монографії. Список літератури включає 397 джерел інформації вітчизняних і зарубіжних авторів.

Позитивом є те, що книга видана українською мовою, що сприятиме читачам більш детально ознайомитись з українською мовою взагалі і українською медичною термінологією, зокрема. Нам здається, що оскільки мова йде про захворювання середнього вуха, доцільним було б упустити анатомічні особливості зовнішнього вуха, як це зроблено при написанні монографії «Рецидивующий средний отит» / А.А. Лайко, Д.И. Заболотный, В.А. Лайко. – К.: Логос, 2001. 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 книгу захочуть отримати не тільки отоларингологи, а й лікарі інших спеціальностей, студенти вищих навчальних медичних закладів, які готуються стати отоларингологами. Ми, приміром, не змогли придбати її, бо пізно дізнались про її вихід. В книзі зустрічаються русифіковані слова не кшталт «ручка молоточка», «ретракційний карман», «бокаловидні клітини» та ін. Нам уявляється, що потрібно було писати ці слова «держальце молоточка», «ретракційна кишеня»,

«келихоподібні клітини» та ін. В ряді випадків не уніфіковані анатомічні та клінічні назви. Наприклад, «кістково-повітряний розрив», «повітряно-клітковий розрив», «настає», «наступає», «покращення», «поліпшення» та ін. В деяких випадках замість запальних захворювань слухової труби написано загальні захворювання слухової труби, замість протиневритичне лікування – протиневротичне лікування, замість інтраназальний спрей – інтроназальний спрей та ін. Є ряд недоліків в оформленні вказівника літератури. Так, зустрічаються випадки відсутності назви джерела інформації, немає уніфікації в назвах джерел інформації. Наприклад, одне джерело інформації вказане як «Журнал ушных, носовых и горловых болезней», а інше як «ЖУНГБ». Одне – «Вестн. оториноларингологии», інше – «Вест. оториноларингологии», «V-й съезд оториноларингологов СССР». – Суздаль, 1982 замість «VIII-й съезд оториноларингологов СССР. – Суздаль, 1982, съезд оториноларингологов. – Санкт-Петербург, 1995». Зустрічаються неточності в роках видання деяких джерел інформації, невірно названі сторінки, не вказано кількість сторінок в деяких книгах. Деяких джерел інформації не можна знайти в літературі. І, на кінець, не скрізь дотримується алфавітний принцип в написанні авторів в списку літератури. В цілому монографія «Секреторний середній отит» – це дуже цінне видання для отоларингологів, педіатрів та інших фахівців. Адже в ній, хоча і в стислому вигляді, але майже з вичерпною повнотою викладено проблему секреторного середнього отиту на сучасному рівні. Зазначені зауваження і побажання відбивають нашу власну точку зору і ніяк не зменшують цінність монографії.

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ – професор кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського в минулому, пенсіонер нині

А.П. КОВАЛИК, І.В. МАЛЬОВАНА – доценти кафедри оториноларингології, офтальмології та нейрохірургії Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я. Горбачевського

І.А. ГАБУРА – завідувач ЛОР-відділення Тернопільської університетської лікарні