

Выбор лечебной тактики при ретракционных карманах барабанной перепонки

*ГУ «Республиканская клиническая больница патологии слуха, голоса и речи», г. Минск*

Ретракционным карманом называют инвагинацию (втяжение) барабанной перепонки в направлении среднего уха, которая возникает как следствие нарушения вентиляционной функции слуховой трубы и истончения, атрофии барабанной перепонки.

Пристальное внимание оториноларингологов ретракционные карманы привлекли с момента, когда появились возможности не только видеть их, но и искусно оперировать. В настоящее время, когда мы научились оперировать ограниченные эпитимпаниты, назрела необходимость определяться и с тактикой в отношении этой, ранее только «наблюдавшейся» патологии.

Зарубежные коллеги, естественно, опережают нас в этом вопросе, поскольку уверенно и успешно начали выполнять операции закрытого типа и тимпанопластики лет на 25 раньше нас. Однако, даже на родине отохирургии, в Германии, окончательно с лечебной тактикой в отношении ретракционных карманов, еще не определились.

Материал и методы

Предложены различные классификации ретракционных карманов. Все они преследуют цель помочь в выборе тактики лечения, ведь, с одной стороны, ретракционный карман бессимптомен, а с другой, это – «прехолестеатома».

Предлагаемые классификации [1,4,6] ориентированы:

- на место образования (происхождение)-P.tensa – P.flaccida;
- на биологическое поведение (самоочищающийся или нет, агрессивнорастущий или нет);
- на время его образования (возраст, наличие хронического среднего отита) или
- состояние воздушности среднего уха;
- отношение к Вальсальва-пробе (фиксированный-нефиксированный).

Наиболее известна и распространена классификация М.Тоса и Пульсена [8]

Тип I – Ретракция в направлении шейки молоточка.

Воздух под Шрапнелевой мембраной есть.

Тип II – Ретракция в направлении шейки молоточка.

Эпителий лежит непосредственно на шейке молоточка.

Тип III – Ретракция снаружи от шейки молоточка.

Карман абсолютно обозрим.

Тип IV – Ретракция снаружи от шейки молоточка.

Имеются признаки костной резорбции.

Выделяют несколько групп теорий патогенеза ретракционных карманов [7].

Первая группа рассматривает ретракцию как результат хронического нарушения вентиляции слуховой трубы, вторая в основе их образования видит, в первую очередь, пролиферацию в результате хронического воспаления, третья причиной образования ретракционных карманов считает иммиграцию («врастание») эпителия вдоль образовавшегося дефекта барабанной перепонки или имеющуюся метаплазию.

Клинические наблюдения и иммунохимические исследования, проведенные рядом ученых, говорят о комбинации ретракционной и пролиферативной теорий.

Собственные наблюдения.

Наш опыт лечения ретракционных карманов насчитывает около 10 лет.

Поскольку из ретракционного кармана холестеатома аттика образуется, как правило, без достоверных предвестников, мы видим эту патологию в стационаре не очень часто, число наблюдений за это время невелико.

Для того, чтобы сделать вывод, о том, что «поведение» ретракционных карманов очень различно, не требуется очень много наблюдений. Поэтому первый вопрос, который встал перед нами был следующий: справедливо ли оперировать каждый ретракционный карман?

При лечении РК в по данным литературы предлагаются на выбор 3 принципиально различающихся подхода:

1. Регулярное наблюдение («жди и смотри»).

2. Так называемые «малые мероприятия» для улучшения вентиляции слуховой трубы (продувание по Политцеру, шунтирование барабанных полостей, аденотомия, задняя конхотомия и др.).

3. Оперативное лечение (тимпанопластика, аттикоантротомия, мастоидэктомия).

Это предполагает второй вопрос: какие факторы должны быть признаны нами существенно влияющими на выбор?

Наши наблюдения и данные литературы[8] позволили отобрать следующие факторы, которые можно использовать при выборе показаний к операции при РК.

ОПЕРАЦИЯ	НАБЛЮДЕНИЕ
-РК полностью <u>необозрим</u>	РК полностью <u>обозрим</u> (при <u>отомикроскопии</u> )
(при <u>отомикроскопии</u> )	
-кондуктивная <u>тугоухость</u> более 20дБ	- <u>кондуктивная тугоухость</u> менее 20дБ
-хроническая <u>оторея</u>	- <u>сухое ухо</u>
- <u>снижение пневматизации</u>	- <u>нормальная пневматизация</u>
-стабильное нарушение функции слуховой трубы (врожденная расщелина неба)	- нормальная функция слуховой трубы
- <u>дети</u>	- <u>взрослые</u>
- <u>Pars tensa</u>	- <u>Pars flaccida</u>
-прогрессирующее течение	- <u>нет ухудшения</u>
-социальные факторы ( <u>отдаленное проживание, социальное неблагополучие</u> )	- <u>терапевтические заболевания</u>

По мнению различных авторов, ни один из названных факторов, будучи единственным, не может являться решающим в пользу операции. Только комбинация большинства факторов имеет значение для принятия решения. Чтобы понять это, рассмотрим каждый из перечисленных критериев.

Оптический контроль.

Оптический контроль – важнейший критерий для выбора дальнейших действий.

Если ретракционный карман при отомикроскопии при прямом взгляде необозрим, существует опасность того, что в отсутствии операционного микроскопа в лечебном учреждении по месту жительства пациента, наблюдение, как подход, будет выполняться некачественно [2,5].

Если основание втяжения необозримо под операционным микроскопом или при осмотре на дне кармана обнаруживается детрит, с оперативным вмешательством следует поторопиться.

Кондуктивная тугоухость.

Наличие кондуктивной тугоухости более 20 дБ говорит об обусловленном ретракцией снижении подвижности звукопроводящей системы (барабанная перепонка-слуховые косточки), об аррозии слуховых косточек или сопутствующей, независимой от ретракции патологии среднего уха, и является аргументом в пользу оперативного вмешательства. По мнению ряда авторов, если кондуктивная тугоухость представляет собой единственный критерий показаний к операции, альтернативой ей может быть слухопротезирование.

Оторея.

При наличии отореи необходимо провести туалет и местное антибактериальное лечение и только после этого принимать решение. Персистирующую оторею считаем показанием к операции.

Пневматизация.

Сниженная пневматизация сосцевидного отростка на рентгенограммах, выполненных в проекции по Шюллеру, как результат нарушения вентиляционной функции слуховой трубы и проявление патогенетического принципа образования РК, который еще пока дискутируется, является «мягким» критерием для выбора в пользу операции.

Функция слуховой трубы.

Нарушение вентиляционной функции слуховой трубы необходимо лечить (продувание слуховых труб, аденотомия и т.д.). Применение шунтов, по нашему опыту, не дает заметного положительного эффекта при лечении выраженной ретракции, так как не приводит к активной вентиляции. Шунты при таком состоянии сразу или очень быстро выпадают, травмированная манипуляциями барабанная перепонка страдает трофически еще больше. Все это неблагоприятно сказывается на динамике патологического процесса. На этот метод лечения первое время мы возлагали большие надежды, однако, после безуспешных попыток вынуждены были сделать вывод о наличии здесь закономерности. Нами пролечено 12 детей с подобной клинической ситуацией, только в 3 случаях методика длительного дренирования барабанных полостей не потребовала дополнительных хирургических вмешательств. Однако, для лечения сопутствующего экссудативного отита шунтирование может дать хотя бы временный эффект.

Возраст.

По нашему опыту, ретракция у детей имеет большую, чем у взрослых склонность к прогрессированию. Поэтому у детей особенно важно своевременно предупредить холестеатому. Такого же мнения придерживаются большинство зарубежных авторов. К тому же, снижение слуха у детей оказывает негативное влияние на речевое и общее развитие, что является дополнительным аргументом в пользу активной тактики, поскольку операции по ликвидации РК предполагают слухоулучшение.

Кроме того, отомикроскопический контроль у детей часто затруднен в силу эмоциональной лабильности, присущей юным пациентам, что также является аргументом в пользу операции, а не ожидания. Считаем необходимым в очередной раз подчеркнуть необходимость качественной санации носоглотки у детей, которая особенно при односторонних процессах в ухе должна выполняться обязательно под наркозом с визуальным контролем. В последние 3 года во всех случаях РК и хронических экссудативных отитов, мы выполняем удаление лимфоидной ткани из

области устьев слуховых труб под эндотрахеальным наркозом при помощи шейвера под контролем эндоскопа.

Локализация ретракции.

Место образования ретракционного канала имеет большое значение. Само по себе наличие ретракционного кармана не операционное показание. Сухая, абсолютно обозримая ретракция без существенной кондуктивной тугоухости может наблюдаться годами. Мы предлагаем проводить регулярные осмотры под операционным микроскопом в первый год ежеквартально, со второго – каждые полгода, с третьего года проводить ежегодный отомикроскопический контроль.

Социальные факторы.

Социальная ситуация должна оцениваться лечащим оториноларингологом индивидуально. Аргументы должны взвешиваться таким же образом, как и при дискуссии о выборе закрытой или открытой техники при хирургии холестеатомы. Все факторы, которые осложняют проведение качественной консультации оториноларинголога, говорят в пользу оперативной санации ретракции.

Результаты и обсуждение

В течение последних 9 лет мы лечили 21 пациента детского возраста и 36 взрослых с наличием асимптомных ретракционных карманов путём дифференцированного, зависящего от ситуации, применения данных рекомендаций, что позволило с высокой степенью вероятности предупредить возникновение холестеатомы.

В случае выбора оперативного лечения не полностью обозримые ретракционные карманы лечатся как холестеатома с применением основных принципов тимпанопластики. Как и при холестеатоме, необходимо удалять вросший плоский эпителий из полостей среднего уха. Операция проводится эндауральным или трансметальным подходом. При препаровке адгезивного, или атрофического, эпителия, как правило, возникает дефект барабанной перепонки, который реконструируется надхрящично-хрящевым аутоотрансплантатом. Ригидность хряща препятствует возобновлению ретракции в случае продолжающегося нарушения вентиляционной функции слуховой трубы. Из многочисленных техник применения хряща [3] мы выбрали для своей практики островковую и палисадную. Обе техники дают хорошие функциональные и морфологические результаты. Если имеются дополнительные патологические изменения со стороны сосцевидного отростка в рентгеновской проекции по Шюллеру, считаем необходимым дополнительно к препаровке и укреплению хрящом ретракционного кармана проводить ревизию полостей среднего уха. Операций с ревизией полостей среднего уха заушным подходом при РК детям нами было выполнено 5, без ревизии – 9. Находятся под наблюдением сурдологов РКБ ПСГР 4 пациента. У взрослых ситуация выглядит следующим образом: прооперировано с ревизией сосцевидного отростка 7 пациентов, с ревизией барабанной полости – 19, наблюдаются – 10 больных.

Выводы

1. РК представляют собой достаточно распространенную патологию, которая из-за ограниченных диагностических возможностей выглядит значительно более редкой, чем на самом деле.

2. Большинство РК в настоящей экономической ситуации, особенно у детей, должны оперироваться.

3. Открывающиеся диагностические возможности, в свою очередь, открывают возможность для выбора также и консервативной тактики в отношении РК.

4. При выборе тактики лечения РК необходимо тщательно анализировать все предлагаемые факторы, окончательное решение желательно принимать коллегиально.

5. Хирургия РК является по-настоящему творческим действием и требует, помимо соответствующего оснащения операционной, большого опыта отохирурга.

#### **Литература**

1. Hours, A.F., Decat, M., Gersdorf, M. Our Classification of tympanic retraction pockets. *Acta Oto-Rhino-Laryngol Belg* 1998; 52: 25-28.

2. Kakehata, S., Hozawa, K., Futai, K., et al. Evaluation of attic retraction pockets by micro-endoscopy. *Otol Neurotol* 2005; 26: 834-837.

3. Neumann, A., Jahnke, K. Die Trommelfellrkonstruktion mit Knorpel: Indikationea Techniken und Ergebnisse. *HNO* 2005; 53: 573-586.

4. Ohinishi, T., Shirahata, Y., Fukami, M., et al. The atelectatic ear and its classification. *Auris-Nasus-Larynx* 1985; 12 Suppl 1: 211-213.

5. Plontke, SKR, Plinkert, P.K., Plinkert, B., et al. Transtympanic endoscopy for drug delivery to the inner ear using a new microendoscope. In: Felix D, Oestreicher E (Hrsg) *Rational pharmacotherapy of the inner ear*. *Adi Otorhinolaryngol*, Basel: Karger 2002; 59:1 149-155.

6. Sade, J., Berco, E. Atelectasis and secretory otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1976; 85 Suppl 25: 66-72.

7. Sudhoff, H., Tos, M. Pathogenesis of attic cholesteatoma: Clinical and immunohistochemical support for combination of retraction theory and proliferation theory. *Am J OtolB* 2000;21:786-792.

8. Tos, M., Poulsen, G. Attic retractions following secretory otitis. *Acta Otolaryngol* 1980;89:479-486