

*Ю.А. СУШКО, О.Н. БОРИСЕНКО, И.А. СРЕБНЯК,
Н.В. ЗАЙЦЕВА, А.С. КУШНИР*

МЕДИАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

*Отд. микрохирургии уха и отонейрохирургии (зав. – проф. Ю.А. Сушко,
Гос. учреждения «Ин-т отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко АМНУ
(дир. – чл.-кор. АМН Украины, проф. Д.И. Заболотный)*

Одним из редких заболеваний наружного слухового прохода (НСП) является так называемый медиальный фиброз (МФ) (Slattery, Saadat, 1992). Некоторые называют его медиальным стенозом (МС) (Mc Caru, 1995). Другие авторы описывали данное заболевание как поствоспалительную приобретенную атрезию, хронический стенозирующий наружный отит, посттравматический медиальный меатальный стеноз (Keohane, 1993). Все эти названия данной патологии использовались попеременно, хотя, возможно, термин поствоспалительный медиальный фиброз является наиболее ёмким, так как отражает в полной мере патофизиологию рассматриваемого заболевания. Морфологическим субстратом последнего является плотная фиброзная ткань в виде пробки, которая располагается в медиальной части наружного слухового прохода, срастаясь с барабанной перепонкой.

Наиболее часто МФ возникает как следствие нескольких эпизодов наружного отита или хронического дерматита. Пациенты лечатся, как правило, симптоматически с использованием местно действующих антибиотиков и/или стероидных мазей. В этом случае слуховая функция у них не страдает. Грануляционная ткань развивается в результате часто рецидивирующего инфекционного процесса и неэффективного лечения. Далее происходит превращение грануляционной ткани в толстую фиброзную пробку, которая заполняет медиальную часть НСП. Конечным результатом патологического процесса является кондуктивная тугоухость.

Частота встречаемости данной патологии среди отитических больных в целом невелика. За период с февраля 1994 г. по июнь 2003 г. в ЛОР-отделении Sunnybrook & Women's College Health Science Center (Toronto, Ontario, Canada) был выявлен и обследован 21 пациент с МФ НСП. В клинике отохирургии (House Ear Institute & House Ear Clinic, Los Angeles, California, U.S.A.) за период с 1965 по 1995 гг. лечилось 24 человека. Соотношение мужчин и женщин в первом случае 1:1, во втором – 1:2. Средний возраст обследованных лиц канадской клиники составлял 53,5 года, американской клиники – 50,5 лет.

На начальной стадии лечение больных с МФ НСП, как правило, консервативное (при наличии патологического отделяемого, воспаленной кожи и грануляций) с назначением топических антибиотиков и стероидов. При отсутствии перфораций барабанной перепонки быстрый эффект достигается с помощью ушных капель «Полидекса» (Bouchara-Recordati, Франция). Хирургическое вмешательство показано, когда фиброзная пробка уже сформировалась. Операция предусматривает удаление obturating фиброзной ткани, расширение костной части НСП при помощи хирургического бора (если есть костное сужение). Необходимо также проводить санацию гнойного очага инфекции, если такой имеется. В случае перфорации барабанной перепонки проводится восстановление ее целостности с использованием фасции височной мышцы или перихондрия хряща козелка. Потом выполняется меатопластика путем пересадки сво-

бодных кожных трансплантатов по Тиршу на оголенную кость стенки НСП. Всегда нужно сохранять передний меатотимпальный угол.

Хирургические доступы при МФ НСП бывают следующие: эндоауральный, эндомеатальный или ретроауральный. Четких критериев выбора доступа нет. Большинство авторов предпочитают ретроаурикулярный доступ.

Мы представляем данные наших наблюдений за больными с поствоспалительным медиальным канальным фиброзом.

Пациенты и методы

За период с 1999 по 2007 гг. было выявлено 5 пациентов (все женщины), которые были прооперированы в клинике. У 4 из них МФ НСП был двусторонним, у 3 были прооперированы оба уха. Средний возраст больных – 49,4 года. Особенностью этих случаев также является вовлечение барабанной перепонки в рубцовый процесс.

Хирургическое лечение

При лечении больных с МФ НСП был использован эндомеатальный доступ.

Местная анестезия проводилась 2% раствором новокаина с добавлением адреналина. Выполнен циркулярный разрез кожи НСП в костном отделе на границе с патологическим процессом. Осуществлена осторожная отсепаровка кожи и фиброзной пробки, начиная с задних отделов (рис. 1), с целью сохранения слизистого слоя барабанной перепонки, как и описано в данных литературных (Chen et al., 2005).

У 2 пациентов слизистый слой барабанной перепонки не удалось сохранить, и у них была произведена типичная тимпанопластика с помощью фасции височной мышцы по I типу.

Расщепленные кожные ауто трансплантаты по Тиршу укладываются в виде 2 полосок на переднюю и заднюю полуокружности костной части НСП. Отдельные кожные трансплантаты по форме барабанной перепонки пересеживаются на сохраненный слизистый слой.

При подгонке формы и размеров кожных трансплантатов стараются максимально покрыть ими всю оголенную поверхность

кости. Кожные трансплантаты фиксируются тампонадой мелкими марлевыми турундами, пропитанными 10% синтомициновой эмульсией.

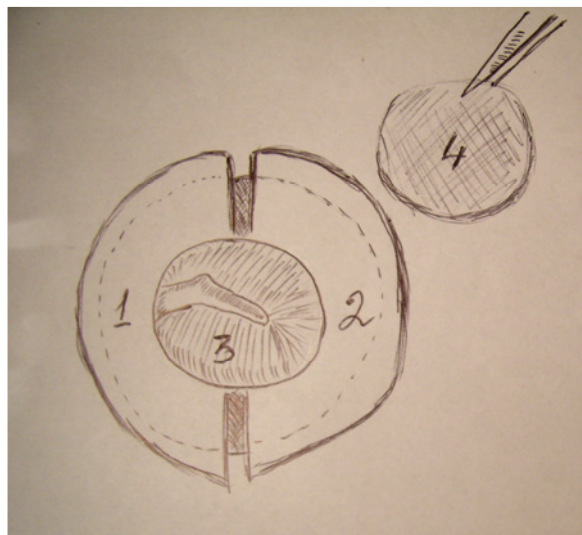


Рис. 1. Отсепаровка фиброзной пробки: 1 – фиброзная пробка; 2 – сохраненный слой барабанной перепонки; 3 – обнаженная костная часть НСП; 4 – фиброзное кольцо барабанной перепонки.

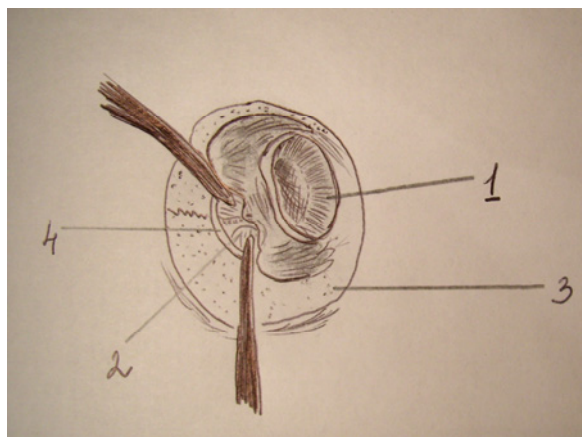


Рис. 2. Трансплантация расщепленных кожных лоскутов по Тиршу: 1 – кожный ауто трансплантат на передней полуокружности костной части НСП; 2 – кожный ауто трансплантат на задней полуокружности костной части НСП; 3 – сохраненный слой барабанной перепонки; 4 – кожный трансплантат по форме барабанной перепонки.

Результаты

Учитывались результаты как в ближайшем, так и в отдаленном периоде. Средний срок отдаленного периода – 27 мес. Сужения созданного во время операции НСП не отмечено. Перфораций барабанной перепонки ни у одной из пациенток не наблюдалось, равно как и гноетечения из оперированного уха. Осложнений со стороны височно-нижнечелюстного сустава ни в ближайшем, ни в отдаленном периоде не возникло.

Функциональные результаты оценивались по изменению порогов восприятия костно- и воздушнопроводенных звуков, костно-воздушного интервала на 4 частотах: 500, 1000, 2000, 4000 Гц. Были проанализированы данные до операции, через 10 дней после неё и в отдаленном периоде.

Функциональные результаты для удобства отображены в виде рисунков. Как видно из данных, приведенных на рис. 3, улучшение слуха отмечено во всех случаях, а также улучшение слуха в отдаленном периоде по сравнению с ближайшими результатами.

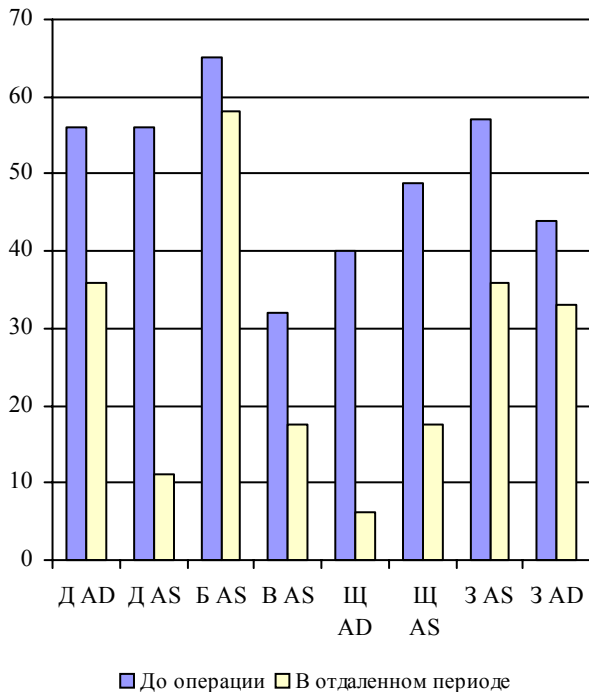


Рис. 3. Пороги восприятия воздушнопроводенных звуков до операции, в ближайшем и отдаленном периодах (верхний ряд букв – первые буквы фамилии больных, AD/AS – правое/левое ухо)

Обращает на себя внимание незначительное улучшение слуха в 3-м и 8-ом наблюдениях (10 дБ). Это связано с тем, что в обоих наблюдениях пороги костнопроводенных звуков были высокими – 65 и 44 дБ, а костно-воздушная разница составляла, соответственно, 25 и 25 дБ до операции и 18 и 14 дБ – после операции.

Как видно из данных, приведенных на рис. 4, в отдаленном периоде костно-воздушный интервал до 10 дБ отмечен у 3 обследуемых, от 11 до 20 дБ – у 5.

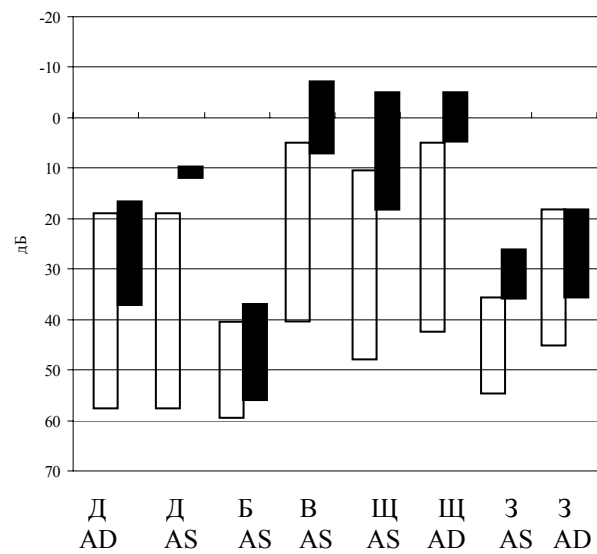


Рис. 4. Костно-воздушный интервал до операции, в ближайшем и отдаленном периодах

Примечание: □ костно-воздушный интервал до операции; ■ костно-воздушный интервал после операции

Дискуссия

У всех больных причиной МФ НСП была персистенция хронического воспаления кожи костной части НСП, что соответствует данным литературы. Опыт свидетельствует о том, что одной из причин возникновения медиального стеноза может быть повреждение воспаленных участков кожи самим пациентом (использование ватных палочек для туалета уха), что предполагают и канадские авторы (Lin et al., 2005).

Характерной особенностью наших наблюдений было то, что до настоящего времени среди больных не было мужчин. В ли-

тературе описаны исследования, в которых среди пациентов были как мужчины, так и женщины. Соотношение мужчин и женщин в одном случае составляло 1:1 (Lin et al., 2005), в другом – 1:2 (Slattery, Saadat, 1997). Средний возраст наших больных – 49,4 г., что также соответствует данным литературы.

Частота рецидива МФ, по данным как американских, так и канадских авторов, составляет 10%. Канадские авторы столкнулись также с воспалением височно-нижнечелюстного сустава в послеоперационном периоде у пациентов в 14,2% случаев (Lin et al., 2005). В наших наблюдениях ни рецидива МФ, ни гноетечения, ни воспаления височно-нижнечелюстного сустава не наблюдалось.

Что касается функциональных результатов, то уменьшение костно-воздушного интервала составляло от 30, 5 до 15,0 дБ, понижение порога воздушной проводимости – от 32,4 до 17,2 дБ, что также соответствует данным литературы (Slattery, Saadat, 1997). Из 8 прооперированных больных у 2 мы отметили также уменьшение порогов

восприятия костнопроведенных звуков на 10 дБ.

Выводы

Выбор хирургической тактики должен быть обоснован в зависимости от характера патологических изменений в слуховом проходе, в среднем ухе. Заушный доступ, по нашему мнению, следует использовать при заращении слухового прохода на всем протяжении с его грубой деформацией, которая возникает в результате травмы наружного уха, ятрогенных осложнений после предыдущих операций или при небольшом диаметре НСП. И наоборот, стенозы и атрезии, развившиеся в результате хронических воспалительных заболеваний НСП, при достаточной его ширине могут успешно поддаваться лечению с использованием менее травматичного эндомеатального доступа. При этом функциональный результат не зависит от характера доступа. Необходимо также уделять особое внимание тщательной укладке кожных трансплантатов на стенки наружного слухового прохода после удаления рубцовой ткани для избежания последующего гранулирования и рубцевания.

1. Keohane J. D, Ruby R. R. F, Janzen V. D, MacRae D, Parnes L. Medial meatal fibrosis: the University of Western Ontario Experience // Am. J. Otol. – 1993; 14: 172-175.
2. Lin V.Y.W., Chee G.H., David E.A., Chen J.M. Medial canal fibrosis: surgical technique,

results, & a proposed grading system // Otolology & Neurotology. – 2005; 26; 825-829.

3. Slattery W. H., Saadat P. Postinflammatory medial canal fibrosis // Am. J. Otol. – 1997; 18: 294-297.

Поступила в редакцию 20.08.07.

© Ю.А. Сушко, О.Н. Борисенко, И.А. Сребняк, Н.В. Зайцева, А.С. Кушнир, 2007

МЕДІАЛЬНИЙ ФІБРОЗ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ

Сушко Ю.О., Борисенко О.М., Сребняк І.А.,
Зайцева Н.В., Кушнір А.С. (Київ)

Резюме

Вивчались результати хірургічного втручання у хворих з медіальним фіброзом зовнішнього слухового ходу при застосуванні ендомеатального підходу. Проведено ретроспективний аналіз клінічних спостережень за період з грудня 1999 по вересень 2006 р. Всі пацієнти були жінками, середній вік – 49,5 р. Всі операції не викликали серйозних ускладнень (тільки у 2 хворих рутинна операція була доповнена тимпанопластиком через множинні перфорації у збереженому шарі барабанної перетинки). Функціональними результатами виявилось скорочення кістково-повітряного інтервалу з 30,5 до 15,0 дБ. Враховуючи стійку тенденцію до покращання у віддаленому періоді у всіх прооперованих осіб, можна говорити про незмінність досягнутих анатомічних і функціональних результатів.

OUTER EAR ENTRY MESIAL FIBROSIS

Sushko Yu.O., Borisenko O.M., Srebnyak I.A.,
Zaytseva N.V., Kushnir A.S. (Kyjiv)

Summary

Medical treatment of medial canal fibrosis is rare disease in otology: the frequency of such uncommon condition is rather low. Our object was to report the surgical treatment (using endaural circumferential incision) of post inflammatory medial canal fibrosis. This study was performed at the department of the ear microsurgery and otoneurosurgery. Five patients with medial canal fibrosis underwent a total of 8 operations from December 1999 to September 2006. All patients were females. Three patients underwent surgery for bilateral diseases. The mean age for the group was 49,5 (range 29-56). All operations followed without serious complications: 2 operations included the tympanoplastics because of absence all layers of tympanal membranes. Good anatomical results were achieved in all cases. The functional results were lowering of the air thresholds from 32 to 17 dB and improving of the air-bone gap from 31 to 15 dB. Supported by our observations of permanent improving the hearing function in all patients after surgery allows to state that achieved good anatomical and functional results are unchangeable anatomical and functional results are unchangeable.