

Թմբկաթաղանթի ռետրակցիոն գրպանիկները երեխաների մոտ

Ե.-Ն.Գարաբեդյան*, Ա.Կ.Շուքուրյան**, Գ.Գ.Անանյան***,
Կ.Ա.Շիրինյան**

**Service d'ORL Pédiatrique et de chirurgie de la face et du cou
AP-HP, Université de Paris*

Hôpital Necker – Enfants Malades

149 rue de Sèvres – PARIS -France

***«Էրեբունի» ԲԿ, ԼՕՌ բաժանմունք*

****«Նաիրի» ԲԿ, ԼՕՌ բաժանմունք*

ԵՊԲՀ, ԼՕՌ հիվանդությունների ամբիոն

*Բանալի բառեր. ռետրակցիոն գրպանիկնոր, տրանստիմպանալ շուն-
տավորում, տիմպանոպլաստիկա, ՄՌՏԴ*

Ներածություն

Թմբկաթաղանթի ռետրակցիոն գրպանիկները (**թոգ**) առաջանում են թմբկաթաղանթի ներթափանցումից հետո դեպի միջին ականջի խոռոչ՝ ներգրավելով pars tensa կամ pars flaccida:

Երեխաների մոտ **թոգ** համեմատաբար հաճախ են հանդիպում և կարող են առաջացնել քրոնիկ միջին ականջի օտիտ՝ բարդացած խոլեստատոմայով, որն ունի վիրահատական ցուցում (նկ.1):

Այս օտիտները տարբերվում են ֆիբրոադհեզիվ դեպքերից իրենց անկանխատեսելիությամբ և լսողության վատթարացումով (նկ.2,3):

Թոգ-ի մոտ 5% -ի ժամանակ բուժման բացակայության դեպքում առաջանում է խոլեստատոմա, որն իր զարգացման ընթացքում ներթափանցում է միջին ականջի խոռոչ և կարող է հանգեցնել տեղային և ներգանգային բարդությունների:

Խոլեստատոման մակերեսային դիսկերատոզ է և ունի ոսկորների խոր քայքայման երկակի ներուժ: Նրա կանխատեսումը, բացի ոսկրային հաճախակի քայքայումից, կարող է սարսափելի լինել այն պատճառով, որ տարածվում է դեպի tegmen tympani՝ առաջացնելով մենինգիտ կամ ուղեղի աբսցես, դեպի ներքին ականջ՝ առաջացնելով

գլխապտույտ կամ սենսոներալ ծանրալսություն, նույնիսկ ախտահարելով դիմային նյարդը, առաջացնելով նրա պարալիչ:

Էթիոլոգիա

Թոզ-ի առաջացման ախտաֆիզիոլոգիական պատճառները բազմազան են: Հիմնականը սեկրետոր օտիտն է, որը երբեմն առաջացնում է խոլեստեատոմա: Կարևոր էթիոլոգիական պատճառներ են նաև թմբկաթաղանթի կառուցվածքային փոփոխությունները, մասնավորապես նրա թուլացումը lamina propria-ի քայքայման հետևանքով, շիճուկային հեղուկում քայքայող էնզիմների առկայության պատճառով: Թմբկաթաղանթի առավել փխրուն հատվածներ են pars flaccida-ն (Shrapnell-ի թաղանթ) և pars tensa-ի հետին վերին քառակուսին: Մեծահասակների մոտ **թոզ**-ը տեղակայված են հիմնականում Shrapnell-ի թաղանթի հատվածում, իսկ երեխաների մոտ՝ հետին վերին քառակուսում, որը բնորոշված է անատոմիական առանձնահատկություններով:

Թոզ-ի նպաստող գործոններն են՝ տեղային և տարածաշրջանային ինֆեկցիաները, վերին շնչուղիների ախտահարումը, Դաունի համախտանիշի առկայությունը, քիմքի ճեղքվածքը (նկ.4):

Բացասական գործոններն են նաև կրկնվող թարախային սուր օտիտները, քրոնիկական միջին ականջաբորբերը (նկ.5,6):

Հայտնի է, որ բորբոքային ընթացքը և էպիդերմիսի ներթափանցումն ունեն օստեոլիտիկ ազդեցություն, որն առավել արագ կարող է զարգանալ երեխաների մոտ:

Ռետրոտիմպանալ էպիդերմիսի բորբոքումը համարժեք է խոլեստեատոմատոզին, որը կարող է լինել երկրորդային՝ դիսկերատոզային ռետրակցիոն գրպանիկից (նկ.7):

Խոլեստեատոման կարող է նաև լինել բնածին և հանդիպում է երեխաների գրեթե 10%-ի մոտ ծննդյան օրվանից, և հաճախ նրանց անամնեզում օտիտներ չեն նշվում (նկ.8,9):

Կլինիկական ախտորոշում

Թոզ առավել հաճախ են նկատվում երկարատև և հաճախ կրկնվող սեկրետոր օտիտների ժամանակ, բայց դրանք կարող են հայտնաբերվել նաև պատահական՝ խորհրդատվության ժամանակ՝ լսողության իջեցման կամ ականջից թարախահոսության պատճառով: Հարցազրույցը հիվանդի կամ ծնողի հետ ներառում է մանրամասն հիվանդության կլինիկական պատմությունը, նախկինում տարած սուր օտիտները, վնասվածքները կամ քունքոսկրի վիրաբուժական միջա-

մտությունները, ինչպես նաև այլ քրոնիկական հիվանդությունների առկայությունը:

Օտոսկոպիկ հետազոտությունը հնարավորություն է տալիս ճշտել թոզ-ի տեղակայությունը, որը կատարվում է մանրադիտակի միջոցով: Անկյունային օպտիկայի կիրառումը հնարավորություն է ընձեռում դժվար հասանելի հատվածների տեսանելիության համար: Հակառակ ականջի վիճակը կարևոր է նշել, որտեղ հաճախ նույնպես կարող է հանդիպել ախտահարում, որը նշանակություն կունենա բուժման եղանակը որոշելիս:

Անհրաժեշտ է նաև հետազոտել քիթը և հարակից խոռոչները, որի պաթոլոգիան կարող է անկասկած հանդիսանալ միջին ականջի բորբոքման պատճառ:

Պետք է հաշվի առնել նաև թոզ-ի այլ չափանիշներ՝ ինքնավերականգնվող է, թե՞ ոչ, անվերահսկելի է, թե՞ ոչ, խորքային կպումներ կա՞ն, թե՞ ոչ:

Ոչ կառավարելի և ոչ ինքնավերականգնվող գրպանիկները կազմում են նախախոլեստեատոմային վիճակ: Հիվանդության ընթացքն անկայուն է, կարող է սրացում տալ: 10-20 % -ի մոտ նկատվում է լսողության նվազում՝ ոսկրիկների շղթայի վնասվելու պատճառով: Այսպիսի ընթացքը հաճախ շատ ավելի ակնառու է երեխաների մոտ, երբեմն շատ արագ դեգրադացիայով, որը պահանջում է խիստ հսկողություն:

Գարշահոտ otorrhea-ի առկայությունը խոլեստեատոմատոզ հիվանդության սկիզբն է երկրորդային ինֆեկցիայի ավելացումով: Խոլեստեատոման երեխաների մոտ առաջանում է ցանկացած տարիքում: Այն երկկողմանի է 15-20 % դեպքերում (նկ.10):

Օտոսկոպիան հիմնական ախտորոշիչ մեթոդն է: Այն հնարավորություն է տալիս հայտնաբերելու խոլեստեատոմա թմբկաթաղանթի հետին վերին մասում՝ pars tensa-ի հատվածում: Տեղակայումը Shrapnell-ի թաղանթի հատվածում երեխաների մոտ ավելի հազվադեպ է:

Հաճախ բորբոքման պատճառով առաջանում են գրանուլյացիաներ, պոլիպներ, որոնց առկայությունը կարող է քողարկել անցուղու հատակը: Դա քրոնիկ խոլեստեատոմատոզի այսպես կոչված «պահակային պոլիպն է»:

Լրացուցիչ հետազոտություններ

Աուդիոմետրիկ և իմպեդանսոմետրիկ տվյալները որպես ոսկի ստանդարտ հնարավորություն են տալիս գնահատելու լսողության

կորուստը: Անհրաժեշտ է ունենալ լսողության արդյունքները նախքան ցանկացած վիրահատություն (որն ունի բժշկաիրավաբանական նշանակություն):

Դեպքերի ճնշող մեծամասնությունում հայտնաբերվում է ձայնափոխանցիչ ծանրալսություն, որը հիմնականում կապված է լսողական ոսկրիկների դեստրուկցիայի հետ, սակայն լսողության թերևակի իջեցումն ունի կլինիկական նշանակություն, երբ առկա են սպիական կպումներ թմբկաթաղանթի և սալի, ասպանդակի միջև (myringo-incudo-stapedopexie):

Սենսոնրալ ծանրալսությունը հանդիպում է հազվադեպ, որը հնարավոր է՝ բնորոշված լինի նախորդ միջամտությունների կամ տարած օտիտների բարդությունների հետ:

Ելնելով երեխայի տարիքից և կարողություններից՝ երբեմն անհրաժեշտ է լինում կատարել օբյեկտիվ հետազոտություններ՝ օտոակուստիկ էմիսիա և ձայնային հարուցված պոտենցիալների ստուգում, որը հնարավորություն կտա ճշգրիտ որոշելու լսողության շեմը, բայց միայն բարձր հաճախականությունների ժամանակ:

Թոզ-ի դեպքում խոլեստատոմայի կասկածով հաճախ անհրաժեշտ է կատարել ականջի տոմոդենսիտոմետրիա և մագնիսառեզոնանսային տոմոգրաֆիա դիֆուզիոն մեթոդով (ՄՌՏԴ), որը թույլ է տալիս հայտնաբերել բորբոքային օջախի տեղայնացումը և տարածումը, լսողական ոսկրիկների դեստրուկցիան, մաստոիդալ խորշիկների ախտահարումը, դիմային նյարդի մերկացումը կամ արտաքին semi-circular կանալի քայքայումը:

ՄՌՏԴ-ն կատարվում է նաև հետվիրահատական շրջանում՝ մնացորդային երևույթները վերահսկելու և վերացնելու նպատակով:

Բուժում

Թոզ-ի բուժումը հնարավոր է կոնսերվատիվ և վիրաբուժական եղանակներով: Երբ գրպանիկը կայուն և վերահսկելի է, որպես կանոն կարելի է խուսափել վիրաբուժական միջամտությունից:

Միայն թմբկաթաղանթի և սալի կպումների առկայությունը (myringo-incudopexy) վիրահատության ցուցում չէ: Այդ դեպքում սովորաբար պետք է հսկողություն՝ յուրաքանչյուր վեց ամիսը մեկ կատարել օտոսկոպիա, բուժել ռինոֆարինգյալ ինֆեկցիաները: Տրանստիմպանալ շունտի տեղադրումն արդարացված է, երբ գրպանիկը դառնում է դժվար վերահսկելի, հատկապես եթե միանում է շիճուկային օտիտը: Այդ ժամանակաշրջանի տևողությունն առնվազն մեկ տարի է (նկ.10):

Անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է ադենոտոմիա: Քանի որ **թոզ**-ի հետագա զարգացումը դժվար է կանխատեսել, տեղադրված

շունտն անհրաժեշտության դեպքում կարելի է թողնել մի քանի տարի անընդմեջ:

Շունտավորման և խոլեստեատոմաների հաճախականության նվազման միջև որևէ կորելյացիա չկա: Պետք է նշել, որ տրանստիմպանալ շունտի տեղադրումն անցումային էտապ է, որը չի ազդում **թոզ**-ի հետագա զարգացման վրա:

Կայունացում նկատվում է 40-50 %-ի մոտ, սրացում՝ 10-12% դեպքերում: Երբեմն **թոզ**-ն հանգեցնում է սալիկի քայքայման, բայց մնում է վերահսկելի և մաքուր, այդ դեպքում նույնպես պարտադիր վիրահատական ցուցում չկա (նկ.12):

Անհրաժեշտ է միայն պարբերաբար հսկողություն, և միայն վատթարացման դեպքում պետք է իրականացվի տիմպանոպլաստիկա: Վիրահատական ցուցումներն են.

1. խորքային կպումներով ռետրակցիոն գրպանիկներ
2. անվերահսկելի
3. ոչ ինքնամաքվող
4. ինֆեկցիա
5. արագ ընթացք
6. ձայնահաղորդիչ լսողության կորստի առկայություն
7. ոսկրային քայքայում

Ձայնահաղորդիչ ծանրալսությունը նշանակում է, որ նվազել է լսողական ոսկրիկների շարժունակությունը, կամ տեղի է ունեցել նրանց քայքայումը, որն արդեն տիմպանոպլաստիկայի ցուցում է (փակ կամ բաց եղանակով), (նկ.13):

Վիրաբուժական մեթոդը ենթադրում է ռետրակցիոն գրպանիկի անջատում միջին ականջի խորքային անատոմիական կառուցվածքներից՝ առանց նրանց վնասելու: Վիրահատությունից մեկ ամիս առաջ տրանստիմպանալ շունտավորումը երբեմն նպաստում է վիրահատական ավելի բարեհաջող ընթացքին (նկ.14):

Այն **թոզ**-ը, որոնք չունեն վիրահատական ցուցում, պետք է հսկվեն վեց ամիս անց՝ օտոոսկոպիայի կամ օտոմիկրոսկոպիայի ժամանակ: Եթե վիրաբուժական միջամտությունը կատարվել է, հսկողությունն անհրաժեշտ է վեց ամիսը մեկ երկու տարվա ընթացքում, և հետագայում տարին մեկ անգամ առնվազն հինգ տարվա ընթացքում:

Փակ տիմպանոպլաստիկայի ժամանակ կատարվում է **թոզ**-ի հեռացում, լորձաթաղանթի վերականգնում, և տեղադրվում է tragus-ից վերքրած ներպատվաստված աճառը (նկ.14):

Shrapnell-ի թաղանթի ամրացումը պարտադիր է՝ **թոզ**-ի կրկնվելուց խուսափելու համար: Խոշոր ատելեկտազների դեպքում կարելի է ամրացնել թմբկաթաղանթի ամբողջ մակերեսը: Երբ զարգանում է

մաստոիդիտ, կամ երբ գրպանիկն անցնում է *auditus*-ի մեջ՝ դառնալով խոլեստեատոմա, անհրաժեշտ է կատարել արմատական մաստոիդէկտոմիա:

Երեխաների մոտ պետք է հիշել որոշ առանձնահատկությունների մասին, մասնավորապես դիմային նյարդի տեղակայումը, որը կարող է շատ ավելի մակերեսային լինել, քան մեծահասակների մոտ: Թմբկաթաղանթի վերականգնումը շատ կարևոր է, մասնագետների մեծամասնության կարծիքով այն կատարվում է աճառային տրանսպլանտատի տեղադրումով (նկ.16):

Սալիկի քայքայման դեպքում կատարվում է պրոթեզավորում կամ աճառային հարթակի օգտագործում պահպանված ասպանդակի ժամանակ: Ասպանդակի բացակայության դեպքում տեղադրվում է ամբողջական ոսկրային պրոթեզ TORP (Total Ossicular Reconstruction Prothesis) տիտանից:

Եթե նախատեսված է վիրահատական երկրորդ փուլ, երբ կա ռեզիդուալ խոլեստեատոմայի ռիսկ, այն կատարվում է 12-ից 18 ամիս անց և ներառում է միջին ականջի, մաստոիդալ խորշիկների ռևիզիա և օսիկուլոպլաստիկա:

Երեխաների գրեթե 10%-ի մոտ առաջանում են հետվիրահատական մնացորդային երևույթներ: Ռետրակցիոն գրպանիկների ռեցիդիվների ժամանակ (դեպքերի 10-ից 15% -ը) ձևավորվում է նոր ռետրակցիոն գրպանիկ, որը կրկին ներթափանցում է միջին ականջի խոռոչ:

Եզրակացություն

Թոգ-ի մեծ մասը պահանջում են հսկողություն, նպաստող գործոնների բուժում, սակայն կան դեպքեր, երբ նկատվում է հիվանդության վատթարացում, և վիճակը բարելավվում է տիմպանոպլաստիկայից հետո:

Եթե **թոգ**-ը խորքային են, և հաստատվել է խոլեստեատոման, բուժումը բացառապես վիրաբուժական է: Վաղ ախտորոշումն օտոսկոպիկ զննումով հույս է տալիս ստանալ բուժման ավելի լավ արդյունքներ:

Ամփոփում

Թոգ-ի ախտորոշումը կլինիկական է՝ օտոսկոպիկ զննումով: Ինքնամաքրվող վերահսկելի ռետրակցիոն գրպանիկների դեպքում անհրաժեշտ է հսկողություն վեց ամիսը մեկ, եթե դառնում են դժվարավերահսկելի, ապա ցուցումների դեպքում կատարվում է տրանստիմպանալ շունտավորում: Հիվանդությունը ծանրացնող գործոնների

դեպքում (խորքային, անվերահսկելի, ոչ ինքնամաքրվող, կրկնվող ինֆեկցիաներ, լսողության կորուստ) ցուցված է տիմպանոպլաստիկա՝ աճառի աուտոտրանսպլանտատով՝ խոլեստեատոմայի առաջացումը և զարգացումը, լսողական ոսկրիկների վնասումը և օթոգեն բարդությունները կանխելու նպատակով:

Ընդունված է 22.02.21

Ретракционные карманы барабанной перепонки у детей

Е.Гарабедян, А.К. Шукурян, Г.Г. Ананян, К.А. Ширинян

Ретракционные карманы барабанной перепонки среднего уха диагностируются клинически – при отоскопии. Очень часто они встречаются у детей и могут стать причиной тяжелых отогенных осложнений. Каждые 6 месяцев необходим контроль ретракционных карманов, суживающихся в нижних отделах, которые могут самостоятельно восстанавливаться. Затруднителен контроль развития возвратных карманов (это может быть выявлено при наличии транстимпанального шунта), особенно при стойких средних отитах. Применение козелкового хряща с надхрящницей во время тимпаноластики позволяет предотвратить образование холестеатомы и региональных осложнений.

Retraction Pockets of the Tympanic Membrane in Children

E.Garabedian, A.K. Shukuryan, G.G. Ananyan, K.A. Shiroyan

Retraction pockets cavum tympani of the middle ear are diagnosed clinically by otoscopy. They are very common in children and can cause severe otogenic complications. Every 6 months, it is necessary to control the retraction pockets, which narrow in the lower parts and which are restored on their own. It is also difficult to control the development of recurrent pockets (this can be detected in the presence of a transtympanic shunt), especially in cases of persistent otitis media. The use of tragus cartilage with perichondrium during tympanoplasty makes it possible to exclude the formation of cholesteatoma and regional complications.

Գրականություն

1. Roger G, Tashjian G, Roelly P, Rahmi H, Lacombe H, Garabedian E.N. Fixed retraction pockets and cholesteatoma in children. Authors' experience with 199 cases. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 1994, 111:103–109.

2. *Denoyelle F, Silberman B, Garabedian EN.* Intérêt de l'imagerie par résonnance magnétique couplée à la tomodensitométrie dans le dépistage des cholestéatomes résiduels après chirurgie primaire. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac (Paris)*, 1994, 111, 85-88.
3. *Roger G, Denoyelle F, Chauvin P et al.* Predictive factors of residual cholesteatoma in children: a study of 256 cases. *Am J. Otol.* 1997,18: 550-8.
4. *Lazard DS, Roger G, Denoyelle F, Chauvin P, Garabedian E.N.* Congenital cholesteatoma: risk factors for residual disease and retraction pockets--a report on 117 cases. *Laryngoscope*, 2007, 117:634-637.
5. *Nevoux J, Lenoir M, Roger G, Denoyelle F, Ducou Le Pointe H, Garabedian E.N.* Childhood cholesteatoma. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.*, 2010, /08/11. 2010; 127:143-150.
6. *Nevoux J, Moya-Plana A, Chauvin P, Denoyelle F, Garabedian E.N.* Total ossiculoplasty in children: predictive factors and long-term follow-up. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2011, 137, 1240-1246.
7. *Nevoux J, Roger G, Chauvin P, Denoyelle F, Garabedian E.N.* Cartilage shield tympanoplasty in children: review of 268 consecutive cases. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, 2011, 137:24-29.
8. *Lecler A, Lenoir M, Peron J, Denoyelle F, Garabedian E.N., Pointe H, Nevoux J.* Magnetic resonance imaging at one year for detection of postoperative residual cholesteatoma in children: Is it too early? *Int J. Pediatr Otorhinolaryngol.*, 2015, 79:1268-1274.
9. *Distinguin L, Simon F, Alvin F, Couloigner V, Leboulanger N, Garabedian E.N, Loundon N, Denoyelle F.* Malformations associated with pediatric congenital cholesteatomas. *Otol Neurotol.*, 2020,41(9):1128-32.