

УДК 616.284–006 (575.2) (04)

## ХОЛЕСТЕАТОМЫ ОТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

*Т.А. Изаева* – канд. мед. наук, доцент

---

In this work author presents brief information about concept, preventive measures and main operative interventions dealing with cholesteatomas of otogenic origin.

*Холестеатома* – это эпидермальное образование, растущее в нетипичном месте. Холестеатомы располагаются в полостях среднего уха, сосцевидном отростке, или на верхушке височной кости. Данное образование содержит все слои эпидермиса, включая базальный продуцирующий слой, который в большинстве случаев находится в тесной связи со стенками барабанной полости. Центральную часть холестеатомы образует постоянно слущивающееся роговое вещество, представляющее собой матрикс. Накопление рогового вещества способствует инфицированию среднего уха, вызывая гноетечение, деструкцию кости, потерю слуха той или иной степени. Кроме того, это может вызвать паралич лицевого нерва, способствовать образованию фистулы лабиринта [1, 2]. Также высока вероятность внутричерепных осложнений, таких, как эпи- и субдуральные абсцессы, менингит и тромбоз кавернозного синуса [3].

**Классификация.** Холестеатомы делятся на врожденные и приобретенные. Врожденные холестеатомы впервые были описаны Derlaski и Clemis как наличие остатков эмбриональных зачатков эпителия в ухе без перфораций в барабанной перепонке и наличие инфекции. Levenson изменил это определение, внося уточнение об отсутствии патологии в pars flaccida и pars tensa, отсутствии эпизодов гноетечения из уха и каких-либо манипуляций в ухе [4]. Две трети из врожденных холестеатом могут быть найдены при отоскопии как малень-

кое белое образование в передневерхнем квадранте барабанной перепонки.

Приобретенные холестеатомы бывают двух видов: вторичные или первичные (холестеатома ретракционного кармана). Вторичные могут развиваться из зоны перфорации в барабанной перепонке как результат острого некротического среднего отита, перенесенного в детстве.

**Профилактика.** Для предотвращения роста холестеатомы применяют раннюю тимпаностомию для восстановления нейтрального давления в полости среднего уха. Желательно, чтобы данную процедуру проводили под общей анестезией для контроля положения барабанной перепонки, в связи с тем, что воздухоносные пути у пациента находятся под действием положительного давления вдыхаемой газовой смеси. Как правило, используют Т-образные трубки или любые трубки для длительной вентиляции. Если данная процедура не дает положительного результата, необходимо провести тщательный осмотр перепонки для определения глубины и распространенности ретракционного пространства. Исследование с помощью зеркала или 90-градусного обзорного телескопа позволяет просмотреть самые труднодоступные участки ретракционного кармана. Ретракционные карманы, в большинстве своем, выступают в эпитимпанальную часть или барабанную полость.

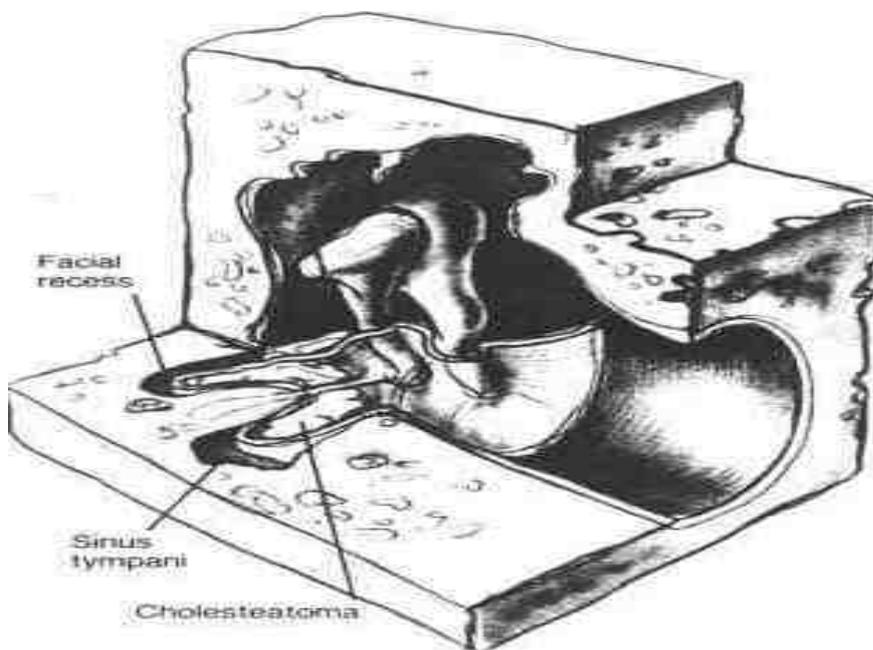
Если, несмотря на наличие трансбарабанной вентиляции, ретракционный карман не прекращает свое существование, то он нужда-

ется в хирургическом лечении. В обязательном порядке проводится тимпанопластика, даже если речь идет о поверхностных или малых ретракциях барабанной перепонки. В противном случае данный процесс неизбежно приводит к образованию холестеатомы. Для профилактики рецидива, помимо тимпанопластики, необходимо провести парацентез перепонки с установкой вентиляционной катушки.

**Показания к операции.** Наличие холестеатомных масс является абсолютным показанием к оперативному лечению, даже при наличии отягощенного соматического статуса. На стадии раннего развития течение как приобретенного, так и врожденного холестеатомного процесса является асимптомным. Инфицированная холестеатома или костная деструкция сопровождается скудным, но характерным гноетечением со зловонным запахом. На аудиограмме выявляются признаки кондуктивной тугоухости ниже 40 дБ, что свидетельствует о деструкции длинного отростка наковальни или головки стремечка. Если кривые проводимости по воздуху находятся в пределах 40 дБ, это может свидетельствовать о том, что звуковые волны попадают на под-

ножную пластинку стремени через холестеатомное образование. Наиболее точным методом диагностики холестеатомы является осмотр под микроскопом.

Инфицированные холестеатомы, характеризующиеся наличием зловонной и обильной otorреи, а также полипные разрастания в среднем ухе требуют хирургической оценки. Подготовка к хирургическому вмешательству начинается с назначения антибиотиков местно с учетом чувствительности. Местное лечение антибактериальными препаратами может оказаться неэффективным, так как наличие небольшой перфорации в барабанной перепонке может ограничить доступ лекарственного вещества к аттику и клеткам сосцевидного отростка. Для успешного хирургического лечения холестеатомного процесса необходимо тщательным образом убрать все измененные анатомические образования (см. рисунок). Цель оперативного вмешательства необходимо объяснить и пациенту в предоперационном периоде. Основным успехом хирургического лечения является сухое, безопасное ухо. Улучшение слуха в данном случае вторично.



Фронтальный разрез среднего уха с холестеатомными массами.

Основные цели хирургического вмешательства:

1. Лечение осложнений, которые уже были выявлены (экстрадуральный абсцесс, абсцесс мозга, нейропатия лицевого нерва и лабиринтиты).
2. Удаление пораженной, кариозноизмененной кости, слизистой оболочки, грануляций, полипов и самой холестеатомы, для обеспечения хорошей аэрации полости среднего уха и предотвращения распространения процесса на соседние жизненно-важные анатомические образования.
3. Остановить стойкое гноетечение.
4. Сохранение нормальной анатомии внутреннего уха (задняя стенка барабанной полости).
5. Сохранение или улучшение слуха пациента.

Таким образом, до- и послеоперационное исследование слуха должно включать исследование воздушных и костных порогов, иссле-

дование разборчивости речи. Данные теста Вебера и Ринне на частоте 512 кГц сравнивают с аудиометрическими показателями. Рентгеновское исследование проводится с использованием укладок по Шулеру, Стенверсу, Тоуну и Майеру.

#### Литература

1. *Бартон М.* Болезни уха, горла и носа. Краткое руководство для врачей и студентов / Пер. с англ. – М.: Изд. Бином; СПб.: Невский диалект, 2002. – 288 с.
2. *Краев А.В.* Анатомия человека. Т. 2. – М.: Медицина, 1978. – 352 с.
3. *Насыров В.А., Изаева Т.А., Мадаминова М.А.* Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения: Методическое пособие. – Бишкек, 2002. – 42 с.
4. *Kamerer D.B.* Intratemporal facial nerve injuries // *Otolaryngol Head Neck.* – Surg. – 1982. – V. 90. – P. 612.