doi: 10.17116/otorino201681178-83

Консенсусный взгляд на ведение ретракционных карманов барабанной перепонки

Д.м.н., проф. С.Я. КОСЯКОВ*, ст.лаб. Ю.В. МИНАВНИНА, ст.лаб. Е.В. ПЧЕЛЕНОК

Кафедра оториноларингологии (зав. — д.м.н., проф. С.Я. Косяков) РМАПО Минздрава России, Москва, Россия, 125993

The consensus view of the treatment of the retraction pockets of the tympanic membrane

S.YA. KOSYAKOV, Yu.V. MINAVNINA, E.V. PCHELENOK

Russian Medical Academy of Post-Graduate Education, Russian Ministry of Health, Moscow, Russia, 125993

Цель работы — создание пилотного консенсусного документа «Ведение ретракционных карманов (РК) pars tensa и pars flaccida», а также определение сложившейся в нашей стране ситуации относительно ведения РК барабанной перепонки. Проведено пилотное исследование, в котором приняли участие 91 врач-оториноларинголог как стационарного, так и поликлинического звена из разных областей РФ. В качестве инструмента исследования использован предложенный М. Юнгом вариант опросника для оториноларингологов. При анализе данных использована техника Delphi. 30% опрошенных согласились со всеми предложенными вопросами. Ряд вопросов вызвал разногласия. Сформирован пилотный консенсусный документ, и сделаны первые выводы по перспективам развития как самой проблемы, так и инструмента ее исследования, а также уровню информированности врачей оториноларингологов.

Ключевые слова: ретракционные карманы, ателектаз, консенсусный документ, холестеатома, хронический средний отит.

The objective of the present study was to formulate the consensus document «The treatment of the retraction pockets (RP) of pars tensa and pars flaccida» as well as to estimate the situation in this country pertaining to the treatment of the retraction pockets of the tympanic membrane. We undertaken a pilot study that involved 91 practicing otorhinolaryngologists based at in-patient and out-patient healthcare facilities in different regions of the Russian Federation. M. Yung's questionnaire for otorhinolaryngologistswas used to gain relevant information. The Delphi technology was employed to process the data obtained. 30% of those who agreed to participate in the study answered to the proposed questions although some of them aroused a discord among the respondents. The results of this questionnaire study provided a basis for the pilot consensus document and allowed for the preliminary conclusion as regards prospects for the further exploration of both the problem in question and the instruments for this purpose with special reference to the awareness of the otorhinolaryngologists.

Keywords: retraction pockets, atelectasis, consensus document, cholesteatoma, chronic otitis media.

В практике мирового сообщества врачей-оториноларингологов существует патология, известная как ретракционные карманы (РК) барабанной перепонки. Большое внимание, уделяемое данной патологии, обусловлено тем, что патофизиологические аспекты возникновения РК до конца не изучены. Однажды появившись, РК ведут себя как динамическая патология, зачастую прогрессируют, приводя к перфорации барабанной перепонки, повреждению слуховых косточек и холестеатоме [1—4]. По данным ряда авторов, холестеатома в 80% случаев развивается из РК [5, 6].

Российское общество оториноларингологов и Европейская академия отологии и нейроотологии, а также ряд других профессиональных объединений специалистов пытаются создать клинические рекомендации для различных отологических состояний. Создание клинических рекомендаций предполагает использование для этого высочайшего уровня доказательности, доступного в настоящий момент. Однако в случаях хирургических вмешательств возникают трудности или даже невозможность создания однородных клинических групп, что обусловлено различным уровнем подготовки хирургов и технической оснащенности, небольшим числом пациентов, ошибками анализа результатов лечения, недостаточной длительностью наблюдений.

В 2012 г. М. Юнг и соавт. [7] провели метаанализ почти 600 источников по теме РК и ателектаза барабанной перепонки. Поиск проводился по всем всемирно известным базам, в том числе PubMed и Cochrane Library. Критериями включения были рандомизированные и нерандомизированные контролируемые исследования с хирургической, нехирургической и выжидательной тактикой в отношении РК и ателектаза барабанной перепонки. Найденные работы проходили жесткий систематический отбор по ряду критериев. В результате были отобраны всего две статьи, отвечающие поставленным требованиям, однако и они содержали немало погрешностей в статистической обработке материала. Таким образом, очевидно, что

© Коллектив авторов, 2016

*e-mail: serkosykov@yandex.ru

в Европе нет единого доказательного мнения по данному вопросу. Знания весьма разрозненны и неоднозначны.

В зарубежной литературе проблема РК обсуждается давно и широко, а в отечественной литературе, к сожалению, имеются лишь единичные публикации, посвященные РК у взрослых пациентов, которые также не обладают достаточной доказательной базой.

Как упоминалось выше, опубликованные материалы системных анализов показали существование различных классификаций, отсутствие доказательных исследований, подтверждающих как тактику хирургических вмешательств, так и тактику выжидания и наблюдения, а также преимущества одной тактики над другой, особенно в случаях РК малой и средней степени. Эти данные подтверждены также авторитетным заключением Кокрановского анализа (2010). В отсутствие высокого уровня доказательности клинические рекомендации должны базироваться на консенсусе, попытку создать который мы предприняли.

Цель работы — создание пилотного консенсусного документа «Ведение ретракционных карманов pars tensa и pars flaccida», а также определение сложившейся в нашей стране ситуации относительно ведения РК барабанной перепонки.

Материал и методы

В качестве инструмента исследования был использован предложенный М. Юнгом вариант опросника для оториноларингологов, имеющий своей целью выяснить их отношение к некоторым аспектам ведения больных с РК, а также видение проблемы в целом. Опросник включал 17 вопросов по теме РК **(приложение 1)**. Как М. Юнгом, так и нами была использована техника Delphi, разработанная Rand corporation для прогнозирования различных событий. Каждый вопрос являл собой некоторое утверждение, с которым можно было согласиться. Опросник суммирует собранную информацию и представляет ее для достижения консенсуса. Применение дельфийского метода позволяет исключить эффект доминирования мнения определенных личностей над групповым решением.

Нами было получено разрешение автора на использование опросника и проведена его валидация (прямой и слепой обратный перевод). Мы провели пилотное исследование, используя вышеуказанный опросник, в котором приняли участие 91 врач-оториноларинголог как стационарного, так и поликлинического звена из разных регионов РФ. Для статистической обработки данных использовалась программа Statistica. Были получены следующие результаты **(рис. 1)**.

Результаты и обсуждение

Вопросы 1 и 2 касаются оценки РК согласно существующим классификациям; незначительный процент несогласных можно рассматривать как погрешность в интерпретации вопроса исследования. Вопросы 3 и 4 относятся к аспекту исходов РК. Это наиболее острый и труднорешимый вопрос, что отражается в большом количестве несогласных или не удовлетворенных полностью предложенной тактикой ведения. Вопросы 5—7, 9, 10, 14, 16 получили одобрение у большинства опрошенных. Вопросы 11—13, 15 касаются тактики ведения РК у детей и взрослых: большинство респондентов полностью согласны с предложенной тактикой. Небольшое количество ре-

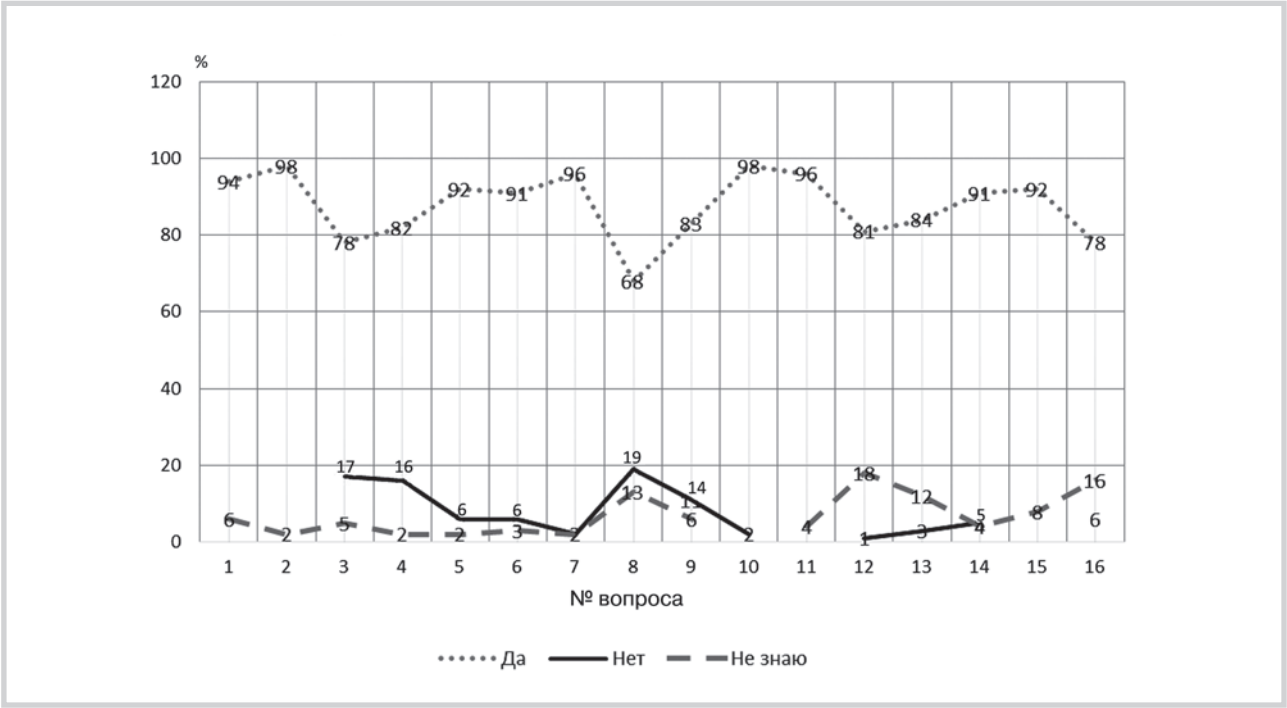


Рис. 1. **Распределение опрошенных по группам согласия—несогласия. По оси ординат — число респондентов по каждому вопросу.**

спондентов, которые не знали, как ответить на вопрос, вероятнее всего, относятся к врачам амбулаторной практики, не вполне владеющим информацией по тактикам хирургического лечения. Вопрос 8 является самым спорным в данном опроснике, затрагивает проблему методов исследования; большой разброс результатов опроса может свидетельствовать как о научных разногласиях опрашиваемых, так и о лично накопленных практических знаниях врачей и оснащенности их кабинетов. Отдельно следует остановиться на вопросе 17. Он касается периода наблюдения пациентов после успешной тимпанопластики. Отметим, что изначально в нашем варианте опросника, в отличие от опросника М. Юнга мы заменили 5 вариантов ответа на 4: до 1 года, 1—2 года, 2—3 года, 4 и более лет соответственно и получили соответствующее распределение ответов **(рис. 2)**.

Большинство опрошенных выбрали крайние значения сроков наблюдения. Это можно объяснить отсутствием принципиальной значимости промежуточных результатов. Другими словами, если врачу не требуется длительный срок послеоперационного контроля, он выбирает вариант ответа «до 1 года»; если требуется — то пациент подвергается наблюдению в течение 4 и более лет. Таким образом, мы считаем более целесообразным распределить сроки наблюдения на период до 2 лет и более 2 лет.

Оценивая результаты опроса в целом, следует отметить, что 30% опрошенных согласились со всеми предложенными вопросами, и, следовательно, поддерживают предложенную тактику ведения данной патологии.

Те вопросы, где сформировался большой процент несогласных, можно расценивать как ключевые, спорные или тактические. К ним относятся следующие: а) если РК не самоочищается, и в нем скапливается эпидермис, даже если выделений из уха нет, — это холестеатома; б) нестабильные ретракционные карманы могут разрешаться спонтанно. Восстановление аэрации барабанной полости с помощью различных способов продувания слуховой трубы может способствовать расправлению РК; в) стандартные методы исследования функции слуховой трубы не являются стандартными для РК, они большей частью используются в научных целях. Данные положения требуют более глубокого анализа: структуры самого вопроса, точности и ясности его формулировки, а также оценки тех тактических моментов, которые в нем раскрываются. Это поможет в дальнейшем выявить недостатки данного опросника, сформировать точный и дееспособный инструмент для распространения алгоритма ведения РК.

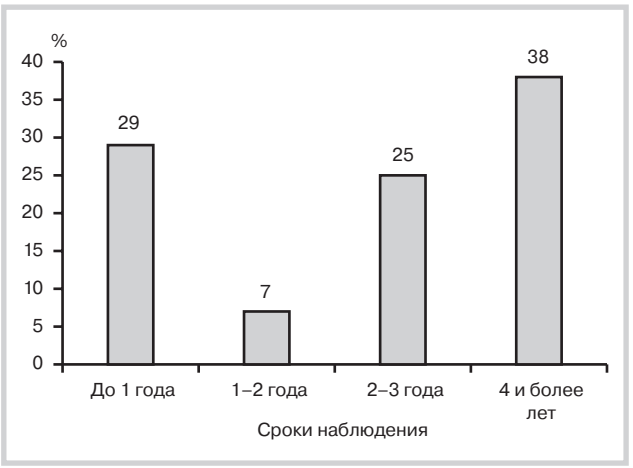


Рис. 2. **Число пациентов в каждом временном периоде наблюдения.**

На данный момент по результатам пилотного исследования сформировался следующий предварительный консенсус по ведению РК **(приложение 2)**.

Выводы

1. Проблема РК актуальна, серьезна и на настоящий момент не имеет однозначного решения.

2. РК как патология требуют активного выявления среди населения, динамического контроля и проведения профилактических мероприятий (ликвидацию этиопатогенетических факторов).

3. При выявлении и подозрении на данную патологию в первичном звене здравоохранения больные должны быть направлены в стационар или научный центр для полноценного дообследования и решения вопроса о необходимости лечения.

4. При обследовании больных с РТ должны использоваться не только рутинные методы оториноларингологического обследования, но также и микроотоскопия, микроэндоскопия, КТ и МРТ в режиме non-EPI DWI для раннего выявления холестеатомы.

5. Учитывая неоднозначность подходов к диагностике и тактике ведения больных с РК необходимо усовершенствовать протокол диагностики и динамического контроля и определить четкие показания для оперативного лечения.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карнеева О.В., Поляков Д.П., Зеликович Е.И. Ранняя диагностика ретракционных карманов барабанной перепонки у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2012;1:24-27.
2. Charachon R, Barthez M, Lejeune JM. Spontaneous retraction pockets in chronic otitis media medical and surgical therapy. *Ear Nose Throat J*. 1992;71:11:578-583.
3. Sade J. The atelectatic ear. In: *Secretory Otitis Media and Its Sequelae*. London: Churchill Livingston; 1979.
4. Ars B, Manrique M. Pockets of tympanic membrane retraction. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1996;47(6):417-424.
5. Akyildiz N, Akbay C, Ozgïrgïn ON, Bayramoglu I, Sayin N. The role of retraction pockets in cholesteatoma development: an ultrastructural study. *Ear Nose Throat J*. 1993;72(3):210-212.
6. Ramakrishnan Y, Kotecha A, Bowdler DA. A review of retraction pockets: past, present and future management. *J Laryngol Otol*. 2007;121(6):521-525.
7. Neumann C, Yung M. Management of retraction pockets of pars tensa and pars flaccida: a systematic review of literature. *Otol Neurotol*. 2012;8(2):360-365.

Приложение 1

Анкета-опросник для врачей-оториноларингологов «Тактика ведения ретракционных карманов барабанной перепонки»

1. Укажите, в каком регионе Вы проживаете.

2. Работаете в поликлинике или стационаре.

Пожалуйста, укажите, согласны ли вы с заявлением или нет. Оставьте свой комментарий.

1. Важно определить степень ретракции, что позволит оценивать динамику ретракционного кармана (РК). Это может быть достигнуто применением одной из существующих классификаций, а также описанием РК с помощью текста, графиков и используя эндоскопическое и микроскопическое изображение барабанной перепонки.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

2. Описание РК должно включать локализацию, глубину распространения РК в барабанную полость, степень фиксации барабанной перепонки к промонториуму, а также наличие отделяемого, скопление эпидермиса в области РК и наличие признаков костной деструкции.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

3. Если РК не самоочищается и в нем скапливается эпидермис, даже если выделений из уха нет, — это холестеатома.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

4. Нестабильные РК могут разрешаться спонтанно. Восстановление аэрации барабанной полости с помощью различных способов продувания слуховой трубы может способствовать расправлению РК.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

5. Самоочищающиеся, асимптомные РК не нуждаются в хирургическом лечении, даже если они связаны с неповрежденной цепью слуховых косточек и при этом не наблюдается снижения слуха. Необходимо контролировать динамику таких РК, особенно у детей.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

6. Подвижность РК может быть диагностирована с помощью пробы Вальсальвы с использованием отсоса в области ретракции или пневматического отоскопа.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

7. Диагностика РК должна включать обследование верхних дыхательных путей. Это особенно важно для пациентов, у которых имеются симптомы ринита и синусита.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

8. Стандартные методы исследования функции слуховой трубы не являются стандартными для РК, они большей частью используются в научных целях.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

9. Показания для хирургического лечения РК одинаковы для детей и взрослых. У детей оценка состояния верхних дыхательных путей является важной частью тактики лечения, и любые РК должны контролироваться более тщательно, чем у взрослых.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

10. Показаниями для хирургического лечения РК являются:

а) оторея; б) снижение слуха; в) скопление эпидермиса в пределах РК; г) когда дно РК не визуализируется при отоскопии.

Однако решение вопроса о хирургическом лечении будет зависеть от степени снижения слуха, от динамики развития ретракции, а также от эффективности консервативного лечения. Компьютерная томография и МРТ также неоценимы в диагностике глубоких РК в случаях, когда дно кармана необозримо при отоскопии.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

11. Для взрослых пациентов с РК в области натянутой части барабанной перепонки тактикой хирургического лечения является:

а) пластика ретракционного кармана с помощью хряща или тимпанопластика (самая популярная техника);

б) в некоторых случаях одномоментно с пластикой РК или тимпанопластикой осуществляют шунтирование. Однако преимущества этого метода сомнительны, за исключением случаев наличия сопутствующего экссудативного процесса в барабанной полости.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

12. Для детей с РК в области натянутой части барабанной перепонки тактикой хирургического лечения является:

а) введение шунта (самый распространенный метод лечения);

б) тимпанопластика выполняется, когда наблюдается сохранение ретракции после введения шунта;

в) сочетание шунтирования с иссечением РК — техника, которую применяют многие хирурги. Но это может способствовать развитию остаточной перфорации или ятрогенной холестеатомы.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

13. Для взрослых и детей с локализацией РК в ненатянутой части барабанной перепонки тактика хирургического лечения заключается в аттикотомии и укреплении латеральной стенки аттика хрящом.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

14. Хирургическое лечение, как правило, не показано взрослым пациентам, у которых имеется асимптомное течение РК, отсутствует снижение слуха, а также при аттиковых ретракциях, когда дно кармана обозримо, даже если имеется его фиксация (стабильный РК). Однако необходимо контролировать такие РК в течение 12 мес. Пациент должен быть предупрежден, что при появлении признаков отореи, снижения слуха необходим осмотр врачом с решением вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

15. У детей асимптомные, но стабильные РК должны контролироваться более часто и в течение длительного времени. В случаях, когда имеются сомнения, необходимо рассмотреть вопрос о хирургическом лечении в более ранние сроки, особенно если дно РК необозримо при отоскопии.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

16. Пациенты с тотальным ателектазом (стабильной ретракцией всей барабанной перепонки), имеющие стойкое снижение слуха:

а) должны наблюдаться в течение 12 мес, при необходимости используя слуховые аппараты. Дети должны подвергаться более частому и длительному наблюдению;

б) имеются неутешительные отдаленные результаты хирургического восстановления слуха.

Я согласен.

Я не согласен. Почему?

17. Пациенты после успешной пластики РК или тимпанопластики должны находиться под наблюдением:

а) 1 год; б) 2 года; в) 3 года; г) 5 лет и более; д) другое (указать).

Приложение 2.

№	Положения консенсуса	% согласных
1	Важно определить степень ретракции, что позволит оценивать динамику ретракционного кармана (РК). Это может быть достигнуто, применяя одну из существующих классификаций, а также описывая РК с помощью текста, графиков и используя эндоскопическое и микроскопическое изображение барабанной перепонки.	94
2	Описание РК должно включать локализацию, глубину распространения РК в барабанную полость, степень фиксации барабанной перепонки к промонториуму, а также наличие отделяемого, скопление эпидермиса в области РК и наличие признаков костной деструкции.	98
3	Нестабильные РК могут разрешаться спонтанно. Восстановление аэрации барабанной полости с помощью различных способов продувания слуховой трубы может способствовать расправлению РК.	82
4	Самоочищающиеся, асимптомные РК не нуждаются в хирургическом лечении, даже если они связаны с неповрежденной цепью слуховых косточек и при этом не наблюдается снижения слуха. Необходимо контролировать динамику таких РК, особенно у детей.	92
5	Подвижность РК может быть диагностирована с помощью пробы Вальсальвы с использованием отсоса в области ретракции или пневматического отоскопа.	91
6	Диагностика РК должна включать обследование верхних дыхательных путей. Это особенно важно для пациентов, у которых имеются симптомы ринита и синусита.	96
7	Показания для хирургического лечения РК одинаковы для детей и взрослых. У детей оценка состояния верхних дыхательных путей является важной частью тактики лечения, и любые РК должны контролироваться более тщательно, чем у взрослых.	83
8	Показаниями для хирургического лечения РК являются: а) оторея; б) снижение слуха; в) скопление эпидермиса в пределах РК; г) когда дно РК не визуализируется при отоскопии. Однако решение вопроса о хирургическом лечении будет зависеть от степени снижения слуха, от динамики развития ретракции, а также от эффективности консервативного лечения. Компьютерная томография и МРТ также неоценимы в диагностике глубоких РК, в случаях, когда дно кармана необозримо при отоскопии.	98
9	Для взрослых пациентов с РК в области натянутой части барабанной перепонки тактикой хирургического лечения является: а) пластика РК с помощью хряща или тимпанопластика является самой популярной техникой?; б) в некоторых случаях одномоментно с пластикой РК или тимпанопластикой осуществляют шунтирование. Однако преимущества этого метода сомнительны, за исключением наличия сопутствующего экссудативного процесса в барабанной полости.	96
10	Для детей с РК в области натянутой части барабанной перепонки тактикой хирургического лечения является: а) введение шунта (самый распространенный метод лечения); б) тимпанопластика выполняется, когда наблюдается сохранение ретракции после введения шунта; в) сочетание шунтирования с иссечением РК — техника, которую применяют многие хирурги. Но это может способствовать развитию остаточной перфорации или ятрогенной холестеатомы.	81
11	Для взрослых и детей с локализацией РК в ненатянутой части барабанной перепонки тактика хирургического лечения заключается в аттикотомии и укреплении латеральной стенки аттика хрящом.	84
12	Хирургическое лечение, как правило, не показано взрослым пациентам, у которых имеется асимптомное течение РК, отсутствует снижение слуха, а также при аттиковых ретракциях, когда дно кармана обозримо, даже если имеется его фиксация (стабильный РК). Однако необходимо контролировать такие РК в течение 12 мес. Пациент должен быть предупрежден, что при появлении признаков отореи, снижения слуха необходим осмотр врачом с решением вопроса о дальнейшей тактике лечения.	91
13	У детей асимптомные, но стабильные РК должны контролироваться более часто и в течение длительного времени. В случаях, когда имеются сомнения, необходимо рассмотрение вопроса о хирургическом лечении в более ранние сроки, особенно если дно РК необозримо при отоскопии.	92
Следующие вопросы исключены из консенсусного документа, так как количество согласных респондентов недостаточно для утверждения данных положений.		
	Пациенты с тотальным ателектазом (стабильной ретракцией всей барабанной перепонки), имеющие стойкое снижение слуха: а) должны наблюдаться в течение 12 мес, при необходимости используя слуховые аппараты. Дети должны подвергаться более частому и длительному наблюдению; б) имеются неутешительные отдаленные результаты хирургического восстановления слуха.	78
	Если РК не самоочищается и в нем скапливается эпидермис, даже если выделений из уха нет — это холестеатома.	78
	Стандартные методы исследования функции слуховой трубы не являются стандартными для РК, они большей частью используются в научных целях.	68