



оперированных пациентов. Поэтому стандартные этапы операций по пластике аттикального ретракционного кармана были дополнены разработанной методикой устранения «блока» и дренирования естественных соустьев тимпанальной диафрагмы и адитуса.

Эффективность разработанной методики подтвердилась опытом проведенных первичных операций с устранением «блока» естественных соустьев тимпанальной диафрагмы и повторных операций пациентам с рецидивом аттикального ретракционного кармана. В случаях с не устраненным ранее «блоком» естественных соустьев тимпанальной диафрагмы рецидив заболевания имели 25% пациентов. А среди прооперированных по разработанной методике рецидив имели 10% пациентов.

Более благоприятное течение ателектатического среднего отита с ретракцией барабанной перепонки в натянутой части позволяет длительно наблюдать и лечить пациента консервативными методами [7]. Исключением могут являться пациенты с ретракционным карманом в задневерхнем отделе барабанной перепонки, характер течения заболевания у которых близок к таковому при аттикальной ретракции [7].

Хирургическое лечение проводили в случае фиксации мезотимпанального ретракционного кармана барабанной перепонки к промонториальной стенке барабанной полости, сопровождавшейся стойким снижением слуха у пациента. Оно заключалось в тимпанотомии с ревизией барабанной полости и укреплении пролабировавшейся части барабанной перепонки. Операции были дополнены укладкой силиконовых пленок на мыс и дренированием барабанной полости. При этом старались максимально сохранить слизистую оболочку барабанной полости, удаляя лишь наиболее измененные ее участки.

Пациенты с мезотимпанальными ретракционными карманами III и IV ст., то есть с глубокими и связанными со структурами среднего уха, во всех случаях подлежали хирургическому лечению. Объем вмешательства зависел не только от площади поражения барабанной перепонки и глубины ретракционного кармана, но и от степени вовлечения в процесс структур среднего уха.

С учетом того, что в патогенезе ретракции барабанной перепонки в натянутой ее части первостепенное значение имеет длительное и выраженное нарушение вентиляционной функции слуховой трубы, всем прооперированным пациентам было проведено комплексное консервативное лечение. Следуя такой тактике, удалось добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения у 95,2% пациентов с ретракционными карманами I и II степеней и у 80% пациентов с ретракционными карманами III и IV степеней.

Особую группу составили пациенты с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости. До настоящего времени хирургическое лечение таких пациентов считается бесперспективным [15]. Результаты производившихся нами ранее операций по общепринятым методикам подтверждали общее мнение.

Проанализировав неудовлетворительные результаты операций как у пациентов с эпидермизацией барабанной полости, так и с ограниченными мезотимпанальными ретракционными карманами, мы пришли к выводу, что основными причинами рецидива заболевания являются выраженное стойкое нарушение вентиляционной функции слуховой трубы и безуспешность мероприятий по ее восстановлению.

Основываясь на том, что длительное дренирование посредством стандартных силиконовых трубок не способствует улучшению основных механизмов регуляции функций слуховой трубы, а в ряде случаев и усугубляет их нарушение, был создан способ вентиляции барабанной полости при помощи клапанного механизма в обход слуховой трубы [16, 17]. Дренажная трубка с «окном» помещается в сформированное костное ложе в области задней стенки наружного слухового прохода. Поршень, соответствующий диаметру трубки, закрывает «окно» по его верхнему краю. Проксимальная часть дренажа крепится к длинной ножке наковальни, которая при возникновении отрицательного давления в барабанной полости двигается по направлению к медиальной стенке барабанной полости, увлекая за собой поршень. При этом открывается «окно» в дренажной трубке и выравнивается давление в наружном слуховом проходе и барабанной полости. После этого длинная ножка наковальни принимает обычное положение и «окно» закрывается. Таким образом, клапанный механизм является близким к физиологическому и обеспечивает подачу воздуха в барабанную полость только при снижении давления в ней.

При отсутствии наковальни, но сохранении супраструктуры стремени можно применять модифицированный способ вентиляции барабанной полости. Дренажная трубка крепится к стремени, а роль клапана выполняет задняя его ножка. При отсутствии длинного отростка наковальни и задней ножки стремени данный механизм создать не представляется возможным.

Следует отметить, что использование данного механизма для вентиляции барабанной полости не решает основную проблему – стойкую дисфункцию слуховой трубы. Поэтому в послеоперационном периоде основные усилия были направлены на устранение нарушенных ее функций. На нормализацию или улучшение функции слуховой трубы у наблюдаемых пациентов требовалось