



Распространенность данной формы хронического среднего отита с эпидермизацией барабанной полости невелика относительно всей ушной патологии, отсюда следуют малоизученность и отсутствие четкой последовательности и тактики лечения этой категории пациентов. Предлагаемые отечественными и зарубежными авторами методики хирургического лечения не во всех случаях приводят к желаемому анатомическому и функциональному результату, так как в послеоперационном периоде в большинстве наблюдений происходят повторная адгезия неотимпанальной мембраны к промонториуму и фиброзная облитерация барабанной полости с отсутствием признаков ее воздушности, что, вероятнее всего, является следствием длительного процесса восстановления утраченных функций слуховой трубы, в особенности при III–IV степени ее дисфункции. Неудовлетворенность результатами хирургического лечения, а также отсутствие четкого алгоритма ведения пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости диктуют необходимость усовершенствования уже имеющихся методов лечения и разработки новых [11–15].

**Цель исследования.** Повышение эффективности лечения пациентов с хроническим средним отитом с эпидермизацией барабанной полости.

**Пациенты и методы исследования.** Работа выполнена в ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФМБА России. За период с октября 2012 г. по май 2016 г. нами было обследовано 72 пациента в возрасте от 18 до 57 лет, страдающих хроническим средним отитом с частичной и полной эпидермизацией барабанной полости.

Критериями включения в исследование были: возраст пациентов от 18 до 60 лет, наличие у них хронического среднего отита с полной или частичной эпидермизацией барабанной полости и дисфункцией слуховой трубы III–IV степени, отсутствие тяжелой сопутствующей соматической патологии со стороны внутренних органов, являющейся противопоказанием к хирургическому лечению, а также возможность динамического наблюдения за пациентами в послеоперационном периоде (проживание пациентов в Москве и Московской области).

Диагностика данной формы ХГСО осуществлялась на основании жалоб пациентов, подробного сбора анамнеза, данных осмотра с использованием стандартного оториноларингологического инструментария и камертонов, а также дополнительных методов исследования, включающих: эндоскопию полости носа и носоглотки, определение проходимости слуховых труб в двух направлениях, отомикроскопию, расширенное аудиологическое исследование и лучевую диагностику

(рентгенографию височных костей в стандартных укладках и спиральную компьютерную томографию в аксиальной и коронарной проекциях).

**Методы лечения.** Для сравнения эффективности проведенного лечения обследуемые (72 клинических случая) были разделены на три группы в зависимости от методики лечения. После обследования пациентам проводилось хирургическое лечение с учетом данных тональной пороговой аудиометрии, КТ височных костей и клинической картины заболевания. В основную группу вошли 22 пациента с эпидермизацией барабанной полости, которым проводилось хирургическое лечение по разработанным новым методикам, т. е. с созданием клапанного механизма вентиляции барабанной полости в обход слуховой трубы [16] и неотимпанальной мембраны. Предложенный нами способ формирования неотимпанальной мембраны заключался в следующем: хрящ истончали, оставляя при этом по периферии хрящевой ободок (рис. 1), который вставляли в костную бороздку для выполнения функции фиброзного кольца. Силиконовая пленка, находящаяся на внутренней (обращенной в сторону барабанной полости) поверхности перихондрия (вставлена в специально созданное углубление между ободком аутохряща и покрывающим его перихондрием, вследствие чего надежно фиксирована и интимно прилежит к последнему) препятствует фиброзированию и ателектазу неотимпанальной мембраны. Дополнительно на область мыса также укладывалась полоска силикона (рис. 2).

Первую контрольную группу составили 25 пациентов с эпидермизацией барабанной полости, оперированных по разработанным ранее общепринятым методикам. После формирования воздушной барабанной полости неотимпанальная мембрана создавалась пластиной аутохряща, истонченной наполовину толщины, а барабанная полость дренировалась силиконовой трубкой под меатотимпанальный лоскут, которая удалялась через 4–6 недель.

Во вторую контрольную группу вошли 25 пациентов, которым проводилось хирургическое лечение с целью добиться «сухого» уха для последующего слухопротезирования. У них изначально по данным тональной пороговой аудиометрии отмечалась высокая степень сенсоневральной тугоухости с небольшим костно-воздушным интервалом ( $< 15$  дБ), и рассчитывать на получение функционального эффекта не приходилось.

В послеоперационном периоде назначались стандартная антибактериальная терапия, анальгетики, перевязки, туалет наружного слухового прохода с антисептиками. Тампоны из наружного слухового прохода частично удаляли на следующий день до уровня дистального конца трубки, выведенного в наружный слуховой проход, что