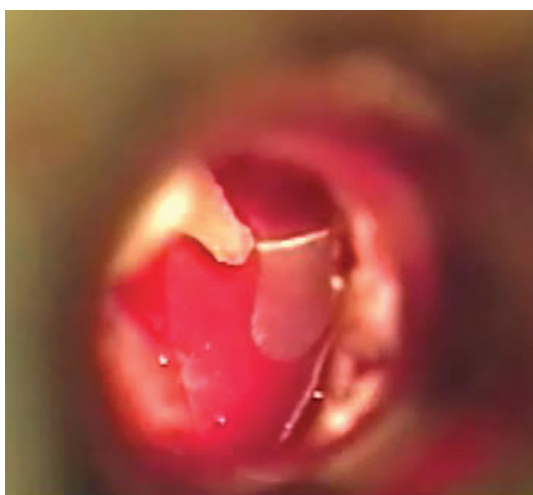


**Рис. 1.** Внутренняя сторона истонченного хряща с хрящевым ободком по периферии (выполняет роль фиброзного кольца). Силиконовая пленка находится на внутренней (обращенной в сторону барабанной полости) поверхности перихондрия (вставлена в специально созданное углубление между ободком аутохряща и покрывающим его перихондрием, в следствие чего надежно фиксирована и интимно прилежит к последнему).



**Рис. 2.** Барабанная полость (правое ухо). Силиконовая пленка укладывается на промонториум.

позволяло осуществлять вентиляцию барабанной полости. С первых суток ежедневно проводились мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций слуховой трубы. Под эндоскопическим контролем проводилась ежедневная катетеризация слуховой трубы с введением в ее просвет дексаметазона. После полного удаления тампонов из наружного слухового прохода катетеризацию слуховых труб прекращали на 3–4 дня во избежание возможного смещения неотимпанальной мембраны в сторону наружного слухового прохода. При условии состоятельности неотимпанальной мембраны катетеризацию слуховой трубы возобновляли в указанный период до момента выписки пациента. Также нами применялся способ (по Р. Г. Антоняну) электростимуляции глоточных мышц, что также способствовало бо-

лее быстрому отхождению раневого отделяемого из барабанной полости через слуховую трубу. Пациенты выписывались на 12–14-е сутки, далее они находились под динамическим наблюдением отохирурга, с постоянным контролем функциональности (проходимости) трубки (у пациентов основной группы), которую удаляли через 6 месяцев во время повторных операций, после восстановления утраченных функций слуховой трубы, что подтверждалось положительными пробами Тойнби и Вальсальва.

**Результаты и обсуждение.** Все пациенты находились под динамическим наблюдением отохирурга. Первый месяц пациенты осматривались каждую неделю; 2–3-й месяцы – каждые 3 недели; в последующем – 1 раз в месяц, вплоть до повторной ревизионной операции, которую проводили не ранее чем через 6 месяцев после первой. Далее, после повторных ревизионных операций, пациенты находились под наблюдением до 3 лет. Нами оценивался анатомический и функциональный результаты через 1, 3 и 6 месяцев (проводилась повторная операция), далее через 12 и более месяцев. Критериями оценки эффективности были: прекращение отореи, состояние неотимпанальной мембраны (в правильном положении, на естественном уровне, без признаков западения, отсутствие перфорации), наличие воздушности вновь созданной тимпанальной полости, состояние слизистой оболочки на костных стенках барабанной полости, где она отсутствовала при первой операции (во время ревизионных операций), степень тугоухости и сокращение костно-воздушного интервала.

У пациентов основной группы положительный анатомический результат в раннем (до 3 месяцев) послеоперационном периоде получен у 18 (81,8%) больных; в отдаленном (через 6 месяцев, момент проведения повторной операции и удаления клапанного механизма) – также у 18 (81,8%); через 12 и более месяцев после первой операции – у 15 (68,1 %). Во время повторных операций у всех пациентов отмечено формирование стойкой воздушной полости, также отмечалось благоприятное влияние порционного поступления воздуха в барабанную полость на восстановление утраченных функций самой слуховой трубы. У 2 (9,1%) больных была выявлена ограниченная (аттикальная) холестеатома, еще у 2 (9,1%) – щелевидная перфорация в передних отделах неомембраны, однако медиальная стенка барабанной полости и ретротимпанум были выстланы слизистой оболочкой или тонкой рубцовой тканью, которая отсутствовала при первой операции. У остальных 18 (81,8%) больных барабанная полость была достаточно воздушной, стенки ее покрыты слизистой оболочкой или местами (в основном это область мыса) тонкой