



рубцовой тканью. Неотимпанальная мембрана у всех больных в правильном положении, без признаков западения.

В 1-й контрольной группе оперированных по уже разработанным методикам в послеоперационном периоде (от 1 до 3 месяцев) у основной части пациентов (16 больных – 64%) наблюдалось частичное западение неотимпанальной мембраны в барабанную полость. При повторных операциях, которые проводились через 6 месяцев в большинстве случаев (16 больных – 64%) обнаружено повторное заращение барабанной полости без признаков ее воздушности, у 4 (16%) – ограниченная (аттикальная) холестеатома и только у 5 (20%) – воздушная барабанная полость; через 12 и более месяцев (с учетом повторных операций) положительный результат имел место у 10 (40,0%), практически без результата – у 15 (60,0%).

Во 2-й контрольной группе у 15 (60%) пациентов, у которых до операции отмечалась неполная эпидермизация барабанной полости с явлениями мукозита и тимпанофиброза и которым выполнена saniрующая операция, в 9 (36%) случаях получен положительный saniрующий результат («сухое» ухо), и они слухопротезированы; 6 (24%) больным, у которых после первой операции отмечен слабopоложительный эффект (2 пациента) или его вовсе не было (4 пациента), проведено повторное хирургическое лечение, после которого еще у 3 удалось добиться «сухого» уха, и они также слухопротезированы. У 10 (40%) пациентов с полной эпидермизацией барабанной полости произведена ревизия последней, во время которой у 6 (24%) из них выявлены признаки врастания эпидермиса в ретроимпанум либо по задней стенке слухового прохода, либо по наковальне. В первом случае для надежной визуализации и полного вылуцивания эпидермиса было достаточно удалить часть задней стенки слухового прохода. Во втором, помимо этого, удалялась наковальня, после чего во всех случаях область ретроимпанума отграничивалась от мезотимпанума пластиной аутохряща. У остальных 4 (16%) пациентов врастания эпидермиса в ретроимпанум не выявлено, поэтому этап отграничения не проводился. У всех без исключения пациентов данной группы прироста слуха не отмечено.

Функциональные результаты, которые оценивались по степени тугоухости и сокращению костно-воздушного интервала, составили в основной группе: в раннем послеоперационном пе-

риоде (до 3 месяцев): хорошие (КВИ < 10 дБ) у 18 (81,8%), удовлетворительные (КВИ 10–20 дБ) у 2 (9,1%) и неудовлетворительные (КВИ > 20 дБ) еще у 2 (9,1%) пациентов, в отдаленном, более 12 месяцев после первой операции, соответственно: у 14 (63,6%), 3 (13,6%) и 5 (22,7%).

В 1-й контрольной группе функциональные результаты соответствовали анатомическим и составили в раннем послеоперационном периоде (до 3 месяцев): хорошие у 9 (36%), удовлетворительные у 6 (24%) и неудовлетворительные у 10 (40%). В отдаленном (через 6 месяцев после первой операции, перед проведением второй) соответственно: у 5 (20%), 8 (32%), 12 (48%); через 12 и более месяцев от первой операции: у 7 (28%), 8 (32%) и у 10 (40%).

Во 2-й контрольной группе функциональные результаты проведенного лечения не претерпели существенных изменений, что подтверждается данными статистической обработки.

Заключение. На основании полученных данных проведенного научного исследования разработан алгоритм медицинской реабилитации больных ХГСО с эпидермизацией барабанной полости, который заключается в следующем. Всем пациентам с данной патологией показано хирургическое лечение, объем которого зависит от степени эпидермизации и показателей ТПА. При любой степени эпидермизации, сохранности цепи слуховых косточек (длинный отросток наковальни и стремя) и достаточном резерве среднего уха показано оперативное лечение по разработанной методике (основная группа); при неполной эпидермизации и выраженном сенсоневральном компоненте тугоухости с небольшим КВИ (менее 15 дБ) – saniрующая операция в целях получения «сухого» уха. При «сухом» ухе, полной эпидермизации и выраженной сенсоневральной тугоухости – ревизия барабанной полости в целях создания условий невозможности врастания эпидермиса в ретроимпанум и образования холестеатомы. Исключение составляют пациенты с воронкообразным втяжением эпидермиса с подлежащей рубцовой тканью (что исключает возможность врастания эпидермиса в ретроимпанум) при наличии «сухого» уха и отсутствии резерва среднего уха по данным ТПА, которые направляются на слухоречевую реабилитацию, минуя операцию. Всем пациентам с «сухим» ухом и невозможностью добиться положительного функционального результата (КВИ менее 15 дБ) после хирургического лечения показано слухопротезирование.

Выводы

Анатомический и функциональный эффект хирургического лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом с эпидермизацией барабанной полости значительно выше в основной группе по сравнению с контрольными, что подтверждается данными динамического наблюдения и ТПА на протяжении всего послеоперационного периода до 3 лет.