

## УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОТОПЛАСТИКИ ПРИ ПРИОБРЕТЁННОМ ДЕФЕКТЕ УШНОЙ РАКОВИНЫ

**Жумаев Лазиз Ражабович**

Бухарский областной многопрофильный медицинский центр

**Хамраева Камила Шухратовна**

Бухарский государственный медицинский институт, магистр кафедры  
хирургической стоматологии БГМИ

*Ключевые слова:* ушная раковина, приобретённые дефекты, устранение дефектов.

### ВВЕДЕНИЕ

Реконструкция частичных дефектов уха представляет собой одно из самых сложных направлений реконструктивной хирургии головы и шеи. Каждый случай реконструкции ушной раковины уникален и требует систематического подхода, учитывающего размер и расположение дефекта, качество окружающей кожи, предпочтения пациента и опыт оператора. Успешные результаты реконструкции ушной раковины зависят от тщательного анализа хирургом дефекта, а также от знания различных доступных вариантов реконструкции. Ушная раковина играет большую эстетическую роль в формировании внешнего облика человека. Пациенты с травматическими и посттравматическими дефектами ушных раковин сталкиваются с выраженными эстетическими проблемами, что негативно влияет на их психологический статус [3,7].

Восстановление ушной раковины при травматических дефектах считается трудной проблемой ввиду сложнорельефного строения тонкой хрящевой основы и покрывающей её кожи [1,2,4,5,6,]. Наряду с этим, форма, величина и

расположение дефектов ушной раковины чрезвычайно разнообразны, в связи с чем универсальных способов их устранения быть не может. Кроме того, в большинстве случаев посттравматические дефекты ушной раковины сопровождаются рубцовым изменением покровных тканей периаурикулярной области, что резко ограничивает возможности применения местных тканей для её реконструкции. Наиболее значимым и весомым вкладом в реконструктивную хирургию ушной раковины, положившим начало современным возможностям восстановительной хирургии, являются общеизвестные работы R.Tanzer (1959), J.Converse (1958), Г.В. Кручинского (1977-1980), В.Brent (1976) и S.Nagata (1995) [1,2,8,9]. Благодаря этим работам чётко определились основные этапы, последовательность и техника формирования ушной раковины, а также почти единодушное мнение о том, что главным источником опорного материала для создания её основы является рёберный хрящ [1,2].

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Устранение дефектов УР является одной из наиболее сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Эти сложности, с одной стороны, обусловлены сложно рельефной конструкцией её хрящевого каркаса, покрытого нежной и тонкой кожей, что весьма трудно воссоздать из-за отсутствия “идеального” донорского материала, с другой стороны, УР является парным органом, воспроизведение которой требует максимального сходства со здоровой стороной как в отношении геометрической пропорции и симметрии, так и в отношении общей формы.

Чрезвычайное разнообразие посттравматических дефектов и деформаций УР не позволяет предложить универсальные способы операций. Более того, при, казалось бы, идентичных по размерам и форме дефектах УР хирургами предлагаются различные варианты пластики]. В большинстве случаев посттравматические дефекты УР сопровождаются рубцовыми изменениями покровных тканей периаурикулярной области, что резко ограничивает

возможности применения местных тканей для её реконструкции. Результаты этих операций недостаточно удовлетворяют не только пациентов, но и хирургов.

Следовательно, поиск более надежных способов и материалов для пластики ушной раковины продолжается по настоящее время.

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

а) Создание надёжного способа усиления каркаса ушной раковины с помощью создания оторванного хряща к дефекту и покрытие её за ушным аутотрансплантантом (за ушная кожа и подкожная жировая клетчатка), игнорирование осложнений и сокращение сроков лечения.

б) Улучшение результатов хирургического лечения больных с дефектами ушных раковин травматического происхождения.

### **ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ**

*При этом ставим перед собою следующие основные задачи:*

1. Изучить и систематизировать различные варианты дефектов ушных раковин травматического происхождения в зависимости от локализации, величины и возможностей хирургических способов устранения;

2. Усовершенствовать хирургическую тактику при травматических и посттравматических дефектах ушных раковин;

3. Разработать новый способ хирургического устранения дефектов ушных раковин.

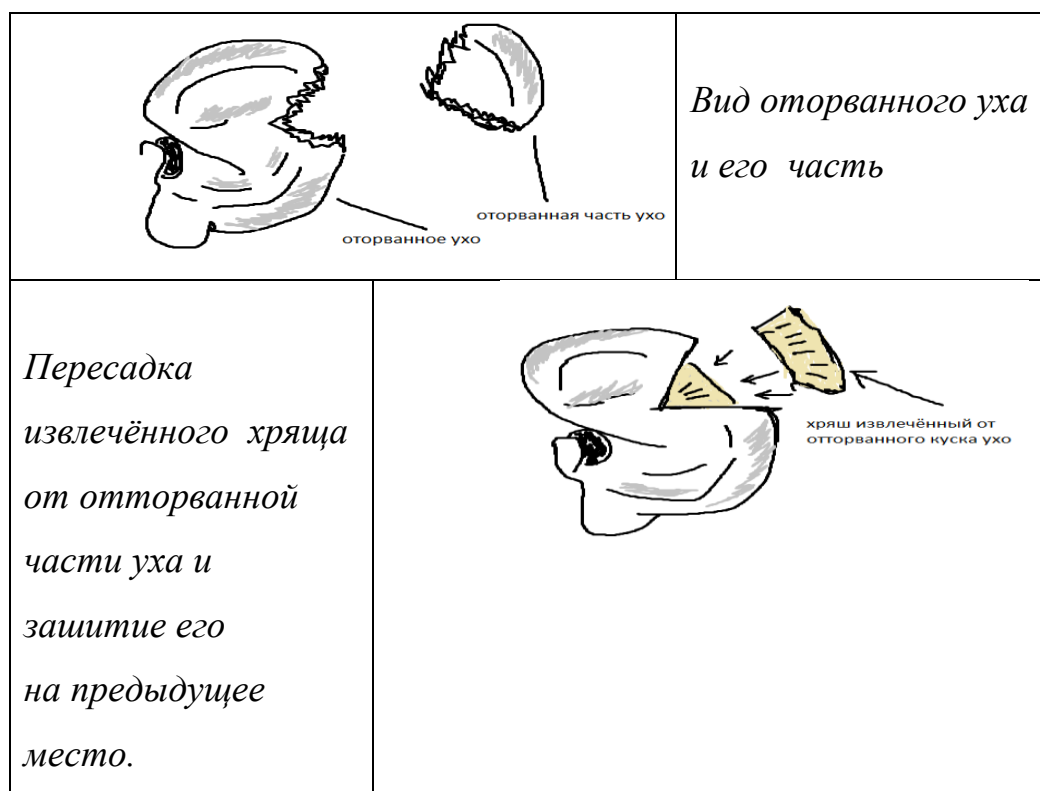
Анализировать результаты хирургического устранения дефектов ушных раковин травматического происхождения.

Способ формирования каркаса ушной раковины осуществляется в два этапа. Способ осуществляется следующим образом. На первом этапе производится формирование каркаса из хряща оторванной части уха. Извлечения хряща от оторванной части уха осуществляется в стерильных условиях. Хрящ без мягких тканей иссекается с помощью скальпеля и по анатомической форме завиток и противозавиток хряща пришивают к хрящу в дефекте. Из заушной части, в

стороне дефекта формируют аутоотрансплантант (заушная кожа и подкожная жировая клетчатка) и прикрывают пришитый собственный хрящ больного.

Второй этап заключается в формировании ушной раковины (завиток и противозавиток) иссекая заживший аутоотрансплантант (заушная кожа и подкожная жировая клетчатка) и прикрытие за ушной дефект аутокожей из медиальной поверхности плеча.

### Схема оперативного вмешательства:



### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заживление раны в краткие сроки без применений ауторебра и искусственных материалов;

- Минимальная травма больного в процессе операции;
- Применение собственной ткани больного;
- Полная реконструкция дефекта ушной раковины после II- этапа операции без выявления некроза, которая часто встречалась при простом зашивании оторванной части уха.

Трансплантация хрящей используется у детей с врожденными дефектами носа или ушей и у взрослых при тяжелых поражениях или деструкции суставов (например, тяжелый остеоартроз). Хондроциты более устойчивы к отторжению, возможно, из-за того, что немногочисленная популяция клеток в гиалиновом хряще защищена от атаки клеток иммунной системы хрящевым матриксом. По этой причине иммуносупрессия не назначается.

Исследуемый способ позволяет эффективное заживление хряща и восстановление дефекта, что достигается за счет собственной ткани больного с минимальными операционными травмами (без ауторебра и искусственных материалов (гомохрящи, пластмассы (силикон, полиамидная нить, полиакрил и т.д.)). Также будет разработана новая (с детальным описанием видов работ) техника проведения операций в два этапа.

Применение исследуемой медицинской технологии, её практического внедрения в Бухарской области, в хирургическом лечении пациентов дает возможность длительного сохранения стойкого эстетического результата, снижает количество осложнений, позволяет восстановить правильные анатомические соотношения лица и рельеф ушной раковины, что способствует повышению качества жизни и более быстрому, полному восстановлению трудоспособности и психосоциальной адаптации больных.

## ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Ищенко А.Л. Восстановление ушных раковин при тотальных и субтотальных дефектах различной этиологии//Автореф. канд. дисс.- М., 2003
2. Кручинский Г.В., Неробеев А.И. Устранение дефектов ушной раковины//Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. - М. Медицина, 1997. -С.136-156
3. Destro M.W.B., Speranzini M.B. Total reconstruction of the auricle after traumatic amputation// Plast. Reconstr. Surg.- 1994.- p.859-863
4. Cavadas P.C., Salvage of a failed auricle replant with a temporoparietal fascia and subgaleal fascia flap// European Journal of Plastic Surgery.- 1997. - № 20. – p. 92-94
5. Grundmann T., Die Rekonstruktion von Ohrmuscheldefekten mit autologem Rippenknorpel und kombinierten Lappenplastiken//HNO.- 2000.- № 48. – p. 129-134
6. Haug M. et al., Ohrmuschelverletzungen-Klassifizierung und Therapiekonzept, Unfallchirurg 2001. № 104. –p. 1068-1075
7. Hyckel P., Robotta C., Schumann D. Partieller Ohrmuschelverlust// Mund Kiefer Gesichtschir. - 1999.- № 3.- s.131-133
8. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 2007
9. Nagata S., Total auricular reconstruction with a tree dimensional costal cartilage framework// Ann.Chir.Plas.Esthet. 1995 № 40 p 371