

НЕТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ СУБТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА УШНОЙ РАКОВИНЫ

Жумаев Лазиз Ражабович

Хамраева Камила Шухратовна

*Бухарский областной многопрофильный медицинский центр, Бухара,
Узбекистан*

*Бухарский государственный медицинский институт, магистр кафедры
хирургической стоматологии БГМИ, Бухара, Узбекистан*

Ключевые слова: *ушная реконструкция, реконструкция уха, частичные дефекты уха.*

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 [4,9].

Как отмечает А. Stefan (2004), травмы уха только за 2000 год отмечались у 159 лиц, что составляет 3,7%. Значительное увеличение частоты дорожно-транспортных происшествий и уличного травматизма, обострение криминальной обстановки, несоблюдение правил техники безопасности на заводах, фабриках и на строительных предприятиях за последние годы привело к росту обращаемости по поводу травматических поражений УР, что составляет 42% от общей травмы челюстно-лицевой области. УР не уступают врожденным её дефектам. По данным С. В. Скичко (2006), приобретённые дефекты УР составляют 30-32% от общего количества деформаций УР.

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 [4,9].

Устранение дефектов УР является одной из наиболее сложных проблем реконструктивной и пластической хирургии. Эти сложности, с одной стороны,

обусловлены сложнорельефной 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 [Кручинский Г.В., 2007; Cavadas P.C., 1997; Haug M. et al., 2001; Grundmann T., 2000].

Восстановление ушной раковины при травматических дефектах считается трудной проблемой ввиду сложнорельефного строения тонкой хрящевой основы и покрывающей её кожи [1,2,5,7,8,]. 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) [1,2,11,13]. 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].

Цель исследования. Целью данной работы является повышение эффективности устранения врожденных и приобретенных дефектов ушных раковин за счет разработки оптимальных методик отопластики на основании объективных данных, полученных в результате обследования и оперативного лечения пациентов с данной патологией. Улучшение результатов и уменьшение этапов хирургического лечения больных с дефектами ушных раковин травматического происхождения.

Актуальность. Несмотря на то, что первая методика реконструкции ушной раковины описана Ю.К. Шимановским в 1865 году, хирурги всего мира не могут гарантировать стабильный результат при пластическом восстановлении ушной раковины. Практически, все методики одноэтапного восстановления данных дефектов становятся, по сути, многоэтапными из-за обилия последующих мелких корригирующих операций, направленных на улучшение эстетических параметров воссозданной ушной раковины. (Г.В. Кручинский -1969; J. Convers-1964; R. Tänzer-1963; В.М. Хитров 1984 и др.) Авторы указывают на то, что даже идеально проведенный первый этап тотальной отопластики, который сводится в большинстве методик к подсадке каркаса создаваемой ушной раковины, не является гарантией последующего хорошего косметического эффекта. Это связано с чрезмерным

рубцеванием оперированных тканей, особенно после второго и последующих этапов тотальной отоластики.

Реконструированная ушная раковина становится, зачастую, не эстетичной и не симметричной по сравнению со здоровой. Этот недостаток бросается в глаза окружающим, и является основной жалобой у пациентов, которые перенесли ряд операций по восстановлению ушной раковины. В работе основное внимание уделено именно второму этапу отоластики при тотальных и субтотальных дефектах и межэтапному периоду, с целью снижения потерь эстетических характеристик реконструированной ушной раковины. Разработаны и описаны оригинальные методики операций, применяемые для решения данной проблемы, что делает данную работу актуальной.

Материал и методы исследования: Диагноз основывался на жалобах больных или их родителей и на данных осмотра. Всем больным проводилось общее клиническое обследование, фотографирование до и после операции через 6, 12 месяцев в положении фас, профиль и сзади. Оперативный способ применялся, у 4-х больных (мужского пола) в возрасте от 20 до 65 лет, в большинстве случаев травмы ушной раковины получены в результате укуса человека во время драки или автоаварии, в отличие от ранее предложенных способов, разработанный нами метод позволяет скорое заживление раны, 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 и в вышеуказанных методах.

Результаты и их обсуждения: Тактика лечения строилась в зависимости от характера дефекта ушной раковины по классификации Ю.Н. Росточкина. Условно ушная раковина разделена на три части. Верхняя ее часть включает в себя завиток и противозавиток до начала слуховой ямки. В среднюю часть входят завиток, противозавиток и слуховая ямка. Нижняя часть состоит из нижней части завитка и мочки. Исходя из этого, дефекты классифицируются следующим образом: 1. Частичные дефекты верхнего отдела ушной раковины: (а\завиток; б\противозавиток). 2. Частичные дефекты среднего отдела ушной раковины: (а\завиток; б\завиток и противозавиток с частью ушной ямки). 3. Частичные дефекты нижнего отдела ушной раковины: (а\мочка; б\нижняя часть завитка и мочка). 4. Субтотальные дефекты ушной раковины: (а\ с сохранением хряща ушной ямки; б\ без сохранения хряща ушной ямки). 5. Тотальные дефекты ушной раковины.

По характеру травматического агента все дефекты ушной раковины можно разделить на две группы: 1. Механические повреждения. 2. Термические и химические повреждения. Проведен II этап оперативного вмешательства – реконструкция ушной раковины. Для этого был подготовлен оторванный часть уха самого больного. Под общей анестезии произведен разрез кожи дефекта уха,

отсепарирована кожа в дефекте и оголен хрящ, в оголённый хрящ в дефекте был пришит извлечённый хрящ с оторванной части уха, для последующего формирования ушной раковины формировали аутотрансплантат (за ушная кожа и подкожная жировая клетчатка) за ушной части и накрыли пришитый хрящ. Наложены швы на кожу и антисептическая повязка. По данному варианту прооперировано 4 больных, у всех получен положительный косметический эффект.

Заключение: 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. Brent B., Earlobe reconstruction with an auriculo-mastoid flap//Plastic Reconstr Surg 1976, № 57, p 389-391
4. Destro M.W.B., Speranzini M.B. Total reconstruction of the auricle after traumatic amputation// Plast. Reconstr. Surg.- 1994.- p.859-863
5. 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
6. Converse J.M., Reconstruction of the auricle –part 1. Plast Reconstr Surg 1958 № 22 p 150, Reconstruction of the auricle –part 2. Plast Reconstr Surg № 22 p 230
7. Grundmann T., Die Rekonstruktion von Ohrmuscheldefekten mit autologem Rippenknorpel und kombinierten Lappenplastiken//HNO.- 2000.- № 48. – p. 129-134
8. Haug M. et al., Ohrmuschelverletzungen-Klassifizierung und Therapiekonzept, Unfallchirurg 2001. № 104. –p. 1068-1075

9. Hыckel P., Robotta C., Schumann D. Partieller Ohrmuschelverlust// Mund Kiefer GesichtsChir.- 1999.- № 3.- s.131-133
10. Kotaro Yoshimura et.all. One-Stage Reconstruction of an Upper Part Defect of the Auricle// Aesthet.Plast.Surg.- 1998.- № 22.- p.352-355
11. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 2007
12. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 1997
13. Nagata S., Total auricular reconstruction with a tree dimensional costal cartilage framework// Ann.Chir.Plas.Esthet. 1995 № 40 p 371