

УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ УШНЫХ РАКОВИН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АУТОТРАНСПЛАНТАТОВ ИЗ РЕБЕРНОГО ХРЯЦА.

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

Показания:

1. Наличие дефекта или деформации ушной раковины различной этиологии и степени.

Противопоказания:

1. Срок менее 3 месяцев с момента получения травмы или менее 1 года с момента предыдущего оперативного вмешательства.
2. Наличие очагов воспалительных процессов в тканях в области предполагаемого ложа каркаса ушной раковины
3. Психические заболевания в стадии обострения, выраженные психопатологические симптомы.
4. Тяжелое соматическое состояние больного, наличие хронических заболеваний внутренних органов в стадии обострения.

ОПИСАНИЕ.

Процесс лечения пациентов с дефектами и деформациями наружного уха различной этиологии состоит из нескольких этапов.

1. Предоперационная подготовка.

- Уточнение жалоб больного и анамнеза заболевания.
- Оценка общего и местного статуса пациента.
- Фотографирование больного.
- Проведение клинических анализов крови, мочи.
- КТ грудной клетки, ЛДФ реципиентной зоны.

- Консультация терапевта, анестезиолога.
- Обследование пациента смежными специалистами (ЛОР, психиатр)
- При врожденной патологии по показаниям первым этапом пациентам проводятся слуховосстанавливающие операции.
- Моделирование шаблона для осуществления разметки операционного поля с учетом антропометрических данных.
- Разметка операционного поля: определение границ установки реберного каркаса ушной раковины под кожу, линий кожных разрезов и проекции поверхностной височной артерии.

2. Техника операции:

Формирование ушной раковины с использованием аутотрансплантатов из реберного хряща. Двухэтапный метод устранения тотальных дефектов ушных раковин.

При тотальных и субтотальных дефектах ушной раковины с окружающими тканями, пригодными в качестве покровного материала, применима следующая тактика лечения. В качестве каркаса формируемой ушной раковины используются аутотрансплантаты из реберного хряща. Для определения правильной позиции будущей ушной раковины, ориентиры здорового наружного уха переносятся в область дефекта при помощи чистой рентгеновской плёнки. Полученные границы маркируются на коже сосцевидной области. Наносится разметка будущего разреза по принципу оптимального сведения краев раны над префабрицированным каркасом ушной раковины.

По нанесенной разметке производится разрез кожи. Отслойка продолжается в подкожном слое по намеченной границе, создавая тем самым карман для введения каркаса ушной раковины. После проведения тщательного гемостаза, ложе туго тампонируется турундами, пропитанными перекисью водорода, которые оставляются в ране как для гемостаза, так и с целью острой экспансии, поскольку объем введенного

каркаса будет больше и кожный лоскут в сосцевидной области должен быть растянут, чтобы без натяжения покрыть каркас формируемой ушной раковины. Далее по ранее нанесенной разметке производится косоориентированный разрез кожи и подкожной клетчатки в правой грудной области по краю реберной дуги в проекции 7 и 8 ребер, далее методом тупой и острой диссекции большой грудной мышцы выполнен доступ к хрящам 6, 7, 8 и 9 ребер. Производится забор реберного хрящевого трансплантата, состоящего из фрагментов хрящей 6,7 с сохранением синхондроза размером около 7x5 см, 8 ребра, размерами 8x1 см, 9 ребра, размерами около 5x0,7 см, хрящевые поверхности сглаживаются. Рана послойно ушивается узловыми швами нитью викрил 3-0, пролен 4-0. Устанавливаются полутрубчатый и активный дренажи. Далее тупым путем производится мобилизация подкожной клетчатки в передней брюшной стенке у верхнего края разреза, формируется ложе для хрящевого трансплантата.

Полученный реберный хрящевой трансплантат очищается, фрагментируется, с использованием карвинг-техники производится моделирование компонентов ушной раковины: основание ушной раковины с вырезанием контуров завитка, противозавитка, треугольной и ладьевидной ямок, противозавиток, завиток, комплекс козелок-противокозелок. Полученные фрагменты скрепляются между собой проволочными нитями Steelex Ear Set 5-0. Изготовленный каркас ушной раковины позиционируется в подготовленное кожное ложе в височной области. Рана ушивается узловыми швами нитью пролен 5-0, 6-0. Устанавливается 2 активных дренажа по переднему и заднему краю реберного каркаса. Ложе освобождается от турунд и каркас вводится через предварительно сформированный разрез, который затем ушивается узловыми швами в один слой. Через контрапертуру выводятся 2 активных дренажа. Область сформированной ушной раковины укладывается тампонадным бинтом Tempoglass. Асептическая моделирующая

умеренно давящая повязка. Оставшиеся фрагменты реберного хряща устанавливаются в ранее сформированное ложе в подкожной клетчатке передней брюшной стенке. Рана ушивается. Асептическая давящая повязка в области раны грудной клетки.

Первая перевязка проводится на следующее утро после операции с последующей ежедневной сменой повязки. Активный дренаж удаляется на 5 сутки после операции. В послеоперационном периоде назначается антибактериальная терапия с целью профилактики возможного инфицирования. Формирующая повязка снимается на 10 сутки после операции.

Следующий этап операции проводится через 6 месяцев. Кожа и мягкие ткани околоушной области в проекции края сформированной ушной раковины разрезаются по периметру завитка и мочки. Имплантат с уже сформировавшейся капсулой и кожей передней поверхности ушной раковины отсепааровывается от подлежащих тканей на 2,5-3 см для формирования заушной складки. Под капсулой каркаса в проекции ножки противозавитка формируется карман, куда устанавливается фрагмент полулунной формы из ранее сохраненного аутореберного хрящевого трансплантата. При недостаточности тканей капсулы для покрытия фрагмента хряща используется височно-теменной фасциальный лоскут. Далее производится забор расщепленного кожного трансплантата, по размерам соответствующего дефекту задней поверхности формируемой ушной раковины, с ягодичной области или бедра. Донорская зона закрывается графитовой повязкой. Дефект кожи в сосцевидной области позади ушной раковины может закрываться как расщепленными аутодермотрансплантатами, так и ротационным лоскутом с сосцевидно-затылочной области. Край свободного кожного трансплантата на задней поверхности ушной раковины и перемещенного ротационного лоскута ушиваются между собой и фиксируются к подлежащим мягким тканям, что способствует более надежной стабилизации заушной складки.

Сформированная ушная раковина накрывается защитной повязкой с антисептической мазью (мазь Левомеколь, Синтомициновая эмульсия 10% и т.п.). Накладывается фиксирующая бинтовая повязка.

Послеоперационная реабилитация.

3.1. Ранний послеоперационный период (7 - 10 дней после операции):

- Антибактериальная, десенсибилизирующая, противоотечная терапия.
- Введение растворов, улучшающих реологические свойства крови.
- Ежедневная смена защитной асептической повязки с поролоном.
- Физиолечение при отсутствии противопоказаний.
- Удаление активных дренажей на 5-6 сутки после операции.
- Снятие фиксирующих швов со здоровой ушной раковины на 7 сутки.

3.2. Поздний послеоперационный период (11 - 30 дней после операции):

- Динамическое наблюдение 2 в неделю.
- Снятие швов на 10 сутки.
- Снятие повязки с зоны взятия аутодермотрансплантата на 14 сутки.
- Снятие повязки с ушной раковины на 7-10 сутки.
- Охранительный режим.

3.3. Восстановительный период (1-12 месяцев после операции):

- Динамическое наблюдение 1-2 раза в месяц.
- Охранительный режим.
- Фотографирование пациентов.

ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И СПОСОБЫ ИХ УСТРАНЕНИЯ.

1. Некроз кожи в области префабрицированного каркаса ушной раковины. Лечение заключается в иссечении некротизированных участков кожи, удалении выступающих участков хряща, сведении краев раны, назначении антиоксидантной и микроциркуляторной терапии.
2. Некроз теменно-височной фасции или ее участка.

Лечение – удаление некротизированных фрагментов фасции.

3. Некроз свободного кожного аутотрансплантата или его фрагмента.

Лечение – иссечение участка некротизированных тканей, повторная аутодермопластика.