

# УСТРАНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ УШНЫХ РАКОВИН РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТАТОВ ИЗ СИЛИКОНА.

## ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

### Показания:

1. Наличие дефекта или деформации ушной раковины различной этиологии.
2. Отказ больного от реконструктивного вмешательства с применением аутотрансплантатов или иных групп имплантатов.

### 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 имплантата.
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, снятие гипсовой диагностической маски со здорового уха.
- Проведение клинических анализов крови, мочи.

- УЗДС сосудов височной области.
- Консультация терапевта, анестезиолога.
- Обследование пациента смежными специалистами (ЛОР, психиатр)
- При врожденной патологии по показаниям первым этапом пациентам проводятся слуховосстанавливающие операции.
- Моделирование воскового шаблона имплантата.
- Моделирование шаблона для осуществления разметки операционного поля с учетом антропометрических данных.
- Изготовление индивидуального силиконового имплантата.
- Стерилизация имплантата.
- Разметка операционного поля: определение точек фиксации силиконового имплантата ушной раковины, его границ, линий кожных разрезов и проекции поверхностной височной артерии.

## **2. Техника операции:**

Устранение дефектов ушных раковин с применением теменно-височной фасции, аутодермотрансплантатов и силиконовых имплантатов.

Данная методика показана пациентам с аотией и деформациями ушных раковин различной этиологии (в т.ч. с после ожогов) при отсутствии повреждений теменно-височной фасции.

Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. Доступ к височно-теменному фасциальному лоскуту осуществляется через зигзагообразный разрез кожи в височно-теменной области, причем разрез в области дефекта делается таким образом, чтобы впоследствии кожный лоскут формировал складку над верхним полюсом ушной раковины. Нижней границей разреза служит точка основания завитка формируемой ушной раковины, рассчитанная с учетом антропометрических данных по заранее изготовленному шаблону. Далее разрез зигзагообразно продлевается в височную область и до середины теменной области. Впереди границей является линия роста волос, сзади - затылочная область. Отслойка кожи проводится крайне осторожно, чтобы не повредить ни волосяные фолликулы, ни подлежащие поверхностные височные

сосуды. Далее поднимается фигурный фасциальный лоскут, форма и размеры которого пропорциональны размерам формируемой ушной раковины, то есть силиконовому имплантату в соотношении 1,5-2,5:1. Сформированный височно-теменной фасциальный лоскут на питающей ножке опрокидывается вниз. Рана в височно-теменной области ушивается, устанавливаются дренажи.

В зоне дефекта тупо и остро распрепаровываются ткани с учетом границ и точек фиксации формируемой ушной раковины. В случае врожденной микротии рудимент ушной раковины удаляется. Силиконовый имплантат устанавливается в правильное положение и фиксируется к надкостнице сосцевидного отростка височной кости. Затем силиконовый имплантат накрывается височно-теменным фасциальным лоскутом, таким образом, чтобы верхнезадняя его часть закрывала не только переднюю поверхность имплантата, но и заднюю. Это необходимо для формирования полноценной заушной складки, а также мочки уха. Фасциальный лоскут ушивается наглухо обвивным вворачивающимся швом рассасывающейся нитью 5/0. Под лоскут устанавливается активный дренаж для формирования контуров ушной раковины.

Следующим этапом операции производится забор расщепленного (0,3-0,5 мм) кожного трансплантата. Наилучшей донорской зоной служит боковая поверхность ягодицы. Послеоперационный рубец в этой области легко скрывается под одеждой. Раневая поверхность в донорской зоне укрывается графитовой повязкой «Сориус» или «Легиус». Через 10-14 суток повязка отходит, к этому времени донорская зона эпителизируется.

Раневая поверхность укрывается кожным трансплантатом с ягодицы. Углубления сформированной ушной раковины рыхло тампонируются, ушная раковина накрывается защитной повязкой с антисептической мазью (мазь Левомеколь, Синтомициновая эмульсия 10% и т.п.). Накладывается фиксирующая бинтовая повязка.

### **3. 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 5 сутки.

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

- Динамическое наблюдение 2 в неделю.
- Снятие швов на 11 сутки.
- Снятие повязки с зоны взятия аутодермотрансплантата на 12-14 сутки.
- Снятие повязки с ушной раковины на 14-20 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. Нагноение ложа имплантата в послеоперационном периоде.

Лечение заключается в удалении имплантата, назначении антибактериальной и десенсибилизирующей терапии.

### 2. Некроз теменно-височной фасции или ее участка.

Лечение – удаление имплантата и некротизированных фрагментов фасции.

### 3. Некроз свободного кожного аутоотрансплантата или его фрагмента.

Лечение – иссечение участка некротизированных тканей, повторная аутодермопластика.