



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **476**

(51) **МПК (2006) A61B**
17/00; A61F 11/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** **К ПАТЕНТУ**

1

(21) 09000965

(22) 13.10.2009

(46) Бюл. 61 (1), 2011

(71) Курбанов У.А. (TJ); Давлятов А.А. (TJ); Нуралиев З.Ф. (TJ); Саидов И.З. (TJ).

(72) Курбанов У.А. (TJ); Давлятов А.А. (TJ); Нуралиев З.Ф. (TJ); Саидов И.З. (TJ).

(73) Курбанов У.А. (TJ); Давлятов А.А. (TJ); Нуралиев З.Ф. (TJ); Саидов И.З. (TJ).

(54) **СПОСОБ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЕЁ ДЕФЕКТАХ**

(56) 1. Под редакции Неробеева А.И. и др. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области. М.: «Медицина», 1997.

2. RU 2111733 С1 (РЕСПУБЛИКАНСКОЕ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ И ТЯЖЕЛЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ «БОНУМ»), 27.05.1998.

2

3. RADFORD C. TANZER Total reconstruction of the external ear. Plastic and reconstructive surgery, 1959, vol. 23, №1, p. 1,4, 5.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной и пластической хирургии и может быть использовано для реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах.

Целью изобретения является сокращение этапов формирования ушной раковины и улучшение отдаленных результатов реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах.

Способ одноэтапной реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах заключается в формировании единого хрящевого каркаса аутооттрансплантатом из рёберной дуги, укрытии его васкуляризированным лоскутом височной фасции и формировании покровных тканей полнослоинным кожным трансплантатом.

Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной и пластической хирургии и может быть использовано для реконструкции ушной раковины при посттравматических дефектах ушной раковины.

Известны многочисленные способы реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах, к которым относятся реконструкция ушной раковины применением алло- и гомотрансплантатов, синтетических материалов для создания каркаса ушной раковины [1], способ трех и четырехэтапной пластики ушной раковины с применением хрящевого аутоотрансплантата из реберной дуги по Tanzer и Brent [2,3], формирование ушной раковины местными кожно-фасциальными и кожно-жировыми лоскутами с применением хряща одноименной или контралатеральной ушной раковины [4].

Недостатками известных способов являются:

1. Во многих случаях алло-и гомотрансплантаты и синтетические материалы отторгаются;
2. Сложности выполнения повторных операций в условиях рубцово-измененных тканей из-за многократности операций;
3. Формирование грубых контуров ушной раковины, не поддающиеся даже после многочисленных последующих операций;
4. Частые развития осложнений в связи с множеством вмешательств на рубцовых тканях;
5. Недостаточное кровоснабжение рубцовых тканей являются причиной частого развития краевых некрозов с оголением имплантированного хряща и его лизиса.

Наиболее близким способом изобретения является способ формирования ушной раковины по Tanzer в модификации Brent *, который выполняется в три этапа. На первом этапе из аутохряща реберной дуги формируется каркас, состоящий из нескольких частей, которые соединяются подшиванием их друг к другу. Созданный хрящевой каркас размещается в подкожный карман заушной области. На втором этапе комплекс хрящевого каркаса вместе с покрывающей кожей отделяется от подлежащих тканей заушной области, поднимается с созданием необходимого цефалоаурикулярного угла, задняя поверхность сформированной ушной раковины и дефект покровных тканей заушной области укрывается полнослойным кожным трансплантатом. На третьем этапе производится коррекция ушной раковины [2,3].

Недостатками наиболее близкого способа являются:

1. Формы ушных раковин после таких операций остаются недостаточно стабильными и надёжными;
2. Состоящий из нескольких частей сформированный хрящевой каркас подвергается вторичным деформациям в отдалённом послеоперационном периоде;
3. В последующем образуются грубые деформирующие рубцы в заушной области;

4. Многоэтапность операции, долгое время проведения в клинике и большие финансовые затраты;

Целью изобретения является сокращение этапов формирования ушной раковины и улучшение отдаленных результатов реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах.

Поставленная цель достигается путем создания единого хрящевого каркаса, аутоотрансплантатом из реберной дуги, использованием васкуляризованного лоскута височной фасции в качестве источника кровоснабжения и полнослойного кожного аутоотрансплантата для создания покровных тканей.

Заявляемый способ изображен на прилагаемых рисунках.

Техника выполнения «одноэтапной реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах» заключается в следующем: предварительно до операции портативным доплером в височной области на стороне дефекта ушной раковины находится проекция поверхностной височной артерии, и ее ветвей. Операция производится под общим обезболиванием. Предварительно выполняется инфильтрация деформированной ушной раковины и височной области 1% раствором лидокаина с адреналином (1:200000). Под оптическим увеличением (х 2,5 раза) по маркированной линией сначала на коже височной области выполняется 2-образный разрез кожи. Кожа вместе с подкожной клетчаткой отделяется до поверхностного листка височной фасции и далее тупым путем маленьким тупфером осторожно отделяется подкожно-жировая клетчатка от фасции. Затем определяется площадь планируемого лоскута поверхностной височной фасции, и маркируются его границы. Острым и тупым путем поднимается лоскут височной фасции. Фасцию следует отсепарировать до ножки площадью в 2,5 раза больше чем площадь здоровой контралатеральной ушной раковины (фиг. 2). В верхней части ушной раковины формируется подкожный тоннель, для проведения лоскута в сторону ушной раковины. Донорская рана ушивается узловыми швами атравматической нитью нейлон 3/0.

В проекции рёберной дуги (VII-VIII ребер), косопоперечным разрезом по маркированной линии длиной 8-10 см производится разрез кожи до мышц. Далее, мышечный слой рассекается по ходу волокон и обнажается реберная дуга. Над реберной дугой маркируется форма хрящевого аутоотрансплантата и рассекается надхрящница. Распатором надхрящница отделяется от хряща со всех сторон. Забирается хрящевой аутоотрансплантат из хрящевой части VI-VII ребер, необходимых размеров, рана ушивается первично. Хрящевой аутоотрансплантат моделируется и ему придается нужная форма с помощью скальпеля и фрезам бор машины. Таким образом, формируется единый хрящевой каркас не достающей части

ушной раковины (завиток, противозавиток с его ножками, противокозылок) (фиг. 3). Следует отметить, что все части хрящевого каркаса соединены между собой в единое целое. Далее обнажаются остатки хрящевого каркаса культи ушной раковины, и приготавливается ложе для хрящевого ауто-тотрансплантата. Формированный хрящевой каркас ушивается к культе ушной раковины рассасывающей атравматической нитью Dexon или Maxon 5/0. Через подкожный тоннель в верхней части ушной раковины проводится выкроенный васкуляризированный лоскут височной фасции, которым окутывается ушитый каркас хрящевого ауто-транспланта и фиксируются съемными узловыми швами атравматической нитью Нейлон 3/0 (фиг. 4). Далее, из надключичной области забирается полнослойный кожный трансплантат, им укрывается вся поверхность фасциального лоскута и по контуру накладываются кожные швы атравматической нитью Ethilon или Neylon 5-6/0 (фиг. 5). Донорские раны ушиваются первично. Для создания завитка и противозавитка с его ножками П-образным^ швами на ножке подшиваются марлевые валики из полрски турунды. Повязки накладываются с учетом контурирования выступающих частей ушной раковины. Повязки меняются ежедневно, и наблюдается динамика приживания ауто-трансплантатов. Швы снимаются на 8-10-е сутки.

Предложенный способ одноэтапной реконструкции ушной раковины при посттравматических ее дефектах имеет множество преимуществ:

1. Хрящевой ауто-трансплантат из реберной дуги является надежным каркасом ввиду создания его единым блоком.

2. Можно применить при субтотальном и тотальном дефекте ушной -раковины.

3. Операция проводится в один этап.

4. Не формируются грубые контуры ушной раковины, и не приходится проводить последующие корригирующие операции.

5. Не образуются грубые дополнительные рубцы в заушной области.

6. Отдаленные результаты являются наилучшими среди всех других способов реконструкции ушной раковины.

7. В связи с формированием ушной раковины в один этап способ является экономически более выгодным по отношению к аналогам.

Изложенное выше находить подтверждение в следующих клинических наблюдениях:

Больной Г. 38 лет, И/Б № 98, поступил с диагнозом: Посттравматический субтотальный дефект правой ушной раковины (фиг. 1). Травму получил 1,5 года назад во время работы бензопилой. Больному в условиях РНЦСС и ГХ, выполнена ПХО раны ушной раковины и из-за невозможности восстановления формировали ампутированную культю. Местно: отсутствует 2/3 наружно латеральной части правого уха. Больному под ЭТН произведен одноэтапное формирование правой ушной раковины с применением хрящевого ауто-трансплантата из реберной дуги, васкуляризованного лоскута височной фасции, и кожного ауто-трансплантата из надключичной области. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением, перемещенные лоскуты прижились. Отдаленный результат удовлетворительный (фиг. 6).

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ одноэтапной реконструкции ушной раковины, при посттравматических ее дефектах с применением аутохряща из реберной дуги **отличающийся тем, что** формируется единый хрящевой каркас ауто-трансплантатом из реберной дуги,

сформированный хрящевой каркас ушивают к культе ушной раковины и со всех сторон укрывают» васкуляризированным лоскутом височной фасции, формируют покровные ткани полнослойным кожным ауто-трансплантатом.

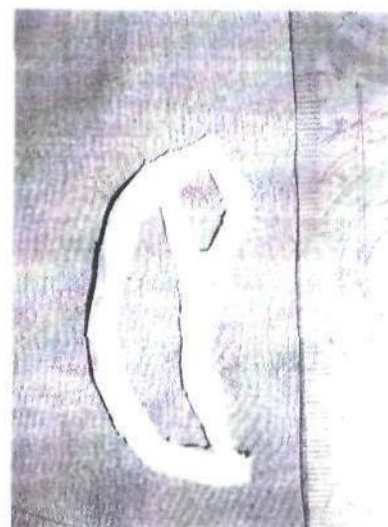
СПОСОБ ОДНОЭТАПНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ЕЁ ДЕФЕКТАХ



Фиг.1



Фиг.2



Фиг.3



Фиг.4



Фиг.5



Фиг.6