



Республика Таджикистан

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(19) **TJ** (11) **804**
(51) **МПК A61 F11/00**

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1601019

(22) 25.03.2016

(46) Бюл. 122, 2016

(71) Курбон Убайдулло Абдулло (TJ).

(72) Курбон Убайдулло А.(TJ); Давлатов А.А.

(TJ); Джанобилова С.М.(TJ); Холов Ш.И.(TJ).

(73) Курбон Убайдулло Абдулло (TJ).

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ДЕФЕКТОВ НИЖНЕГО ПОЛЮСА УШНОЙ
РАКОВИНЫ**

(56) 1 Водяницкий В.Б. Врожденные пороки развития ушной раковины у детей / Водяницкий В.Б. // Детская больница. – 2012. – № 3. – с. 14-22.

2. Krupp S., Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. Ecomed, Landsberg, 2007.

3. Пластическая и реконструктивная хирургия / Под ред. Пейпла А.Д.; Пер. с англ. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний. – 2007. – 951 с.

4. Саидов И.З. Хирургическое лечение врожденных аномалий ушной раковины // И.З. Саидов / Дисс.

Канд. мед. наук. – Душанбе. – 2012. – 130 с.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной и пластической хирургии и может быть использовано для лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины.

Цель изобретения является усовершенствование хирургического лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины.

Поставленная цель достигается воссозданием утраченного нижнего полюса ушной раковины.

В качестве аутоотрансплантата используют лобный кожно-жировой лоскут с сосудистой ножкой и сопровождающими венами, спереди от ушной раковины под кожей формируют тоннель, через который лоскут перемещают вниз и путём складывания в виде дубликатуры укладывают на недостающий участок мочки и завитка уха.

Изобретение относится к медицине, а именно к реконструктивной и пластической хирургии и может быть использовано для лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины.

Известен способ хирургического лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины (УР) – формирования мочки уха по В.И. Мессину, заключающийся в выкраивании лоскута на боковой поверхности шеи у основания мочки [1].

Недостатком этого способа заключается в образовании рубцов на шее и видной части околоушной области, большая травматичность и необходимость в проведении дополнительных операций.

Известен способ Gavello, при котором, применяется двойной «В» - образный лоскут из кожи заушной области у нижнего полюса УР на передней ножке, складывая его в виде «сэндвича». При использовании этого способа образуется длинный рубец на видной части шеи и к тому же невозможно выкраивать широкий лоскут при дефекте нижней части завитка [2].

Известен способ П-образного лоскута, недостатками которого являются многоэтапность, рубцы на шее и околоушной области, а главное – неизбежное сокращение и деформация новой мочки [3].

Все высшее указанного способа являются дорогостоящими и имеют ряд недостатками:

1. Невозможность применения к больным с одновременным дефектом мочки и нижней части завитка ушной раковины.
2. Невозможно одной операцией добиться желаемого результата, и требуется дополнительная операция.

Наиболее близким является способ формирования мочки уха околоушным кожно-жировым лоскутом [4] включающий выкраивание кровоснабжаемого лоскута на широкой питающей ножке. При воссоздании мочки уха этим способом из боковой поверхности шеи или позадиушной области выкраивается кровоснабжаемый кожно-жировой лоскут на широкой питающей ножке. Освежаются края дефекта мочки УР. Затем лоскут складывается в два слоя, образуя переднюю и заднюю поверхность формируемой мочки уха. Предназначенные края заготовки подшиваются к освежённым краям дефекта мочки. При этом иногда небольшая деформация в месте перехода ножки на созданную часть мочки остаётся и требует коррекции в будущем вторым этапом хирургического лечения.

Прототип имеет следующие недостатки:

1. Невозможно выкраивать достаточной площади тканей для воссоздания недостающей части ушной раковины.
2. Отсутствие магистрального сосуда используемых тканей вынуждает на широкую питающую ножку.

3. Широкая ножка не позволяет свободно моделировать поднятый лоскут согласно форме и размерам дефекта нижнего полюса УР.

4. Деформация ножки при моделировании лоскута повышает риск нарушения кровоснабжения и некроза лоскута.

5. Деформация ножки лоскута требует повторную корригирующую операцию.

Цель изобретения: усовершенствование хирургического лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины.

Поставленная цель достигается воссозданием утраченного нижнего полюса ушной раковины перемещённым лобным кожно-жировым лоскутом на лобной ветви поверхностной височной артерии с сопровождающими венами.

Способ поясняется следующими фигурами [где, фиг. 1. Схема проекции а. Temporalis superficialis и её лобной ветви (красная линия), маркировка линии разреза кожи (зелёная линия). Фиг. 2. Выкроенный лоскут на сосудистой ножке (ramus frontalis а. Temporalis superficialis. Фиг. 3. Вид мочки после завершения операции. Фиг. 4. Вид уха сзади и через 2 недели. Фиг. 5. Вид ушной раковины сбоку через 2 недели после операции] и осуществляется следующим образом: предварительно определяется проекция а. Temporalis superficialis и её ветви. Затем чертятся границы выкраиваемого лоскута на лбу, соответствующие форме и размерам нижней части завитка и мочки ушной раковины, а также Z-образная линия разреза. Выполняется инфильтрация мягких тканей лобной и височной областей раствором, содержащий 2% раствор лидокаина 20,0 + NaCl 0,9% - 30,0 + адреналин (1:200000). С использованием оптического увеличения и прецизионной техники производится Z-образный разрез, острым и тупым путём выделяется а. Temporalis superficialis и её ветви, которая должна иметь магистральный тип кровообращения. Соответственно размеру дефекта нижней части завитка и мочки УР в области лба на границе волосистой части головы в виде равнобедренной трапеции выкраивается кожно-жировой лоскут вместе с сосудистой ножкой длиной 10-12 см в составе ramus frontalis а. Temporalis superficialis с сопровождающими венами. В качестве аутотрансплантата используют лобный кожно-жировой лоскут с сосудистой ножкой и сопровождающими венами. Спереди от ушной раковины под кожей формируется туннель, через который лоскут перемещается вниз и укладывается на участок дефекта нижней части УР путём складывания в виде дубликатуры. Таким образом, полностью воссоздаётся отсутствующая нижняя часть УР, а донорская рана укрывается первично, путём мобилизации и сближения краёв раны.

Клинический пример. Больной А., 30 лет, И/Б № 144, поступил 14.01.2015г с диагнозом пост-травматический дефект нижней части завитка и мочки правой УР. Со слов больного полтора года назад в РФ во время драки противник откусил нижний полюс правой УР. При осмотре отмечался дефект нижней трети завитка и полное отсутствие мочки правой УР. Рубцы сформированы, без признаков гипертрофии и воспаления. Антропометрические измерения УР: длина УР справа - 38 мм, слева - 62мм., ширина УР - справа 30мм, слева - 36мм, мочка справа – отсутствует, ширина мочки УР слева – 23 мм.

Под общим наркозом под оптическим увеличением острым и тупым путём выделена а. Temporalis superficialis ramus frontalis, который имел магистральный тип разветвления. Во фронтальной области соответственно дефекту нижней части завитка и мочке правого уха (3,5см х 2,5см) в виде равносторонней трапеции лоскут выделен до фасции. Далее мобилизована сосудистая ножка ramus frontalis а. Temporalis superficialis длиной 12см. Лоскут сопоставлен на дефект нижней трети завитка и мочки правого уха. В продольном направлении освежены и резецированы края культи УР, подготовлено ложе для лоскута. Размер дефекта УР составил 3,5см х 0,5см. В правой околоушной области до позади ушной области мочки острым и тупым путём подготовлен туннель для сосудистой ножки лобного лоскута. Через этот туннель лоскут перемещён на область дефекта края и мочки УР и

ушит узловыми кожными швами атравматической нитью Nylon 5/0. Следует отметить, что по задней поверхности вновь сформированной мочки правой УР образовался кожный дефект размерами 1,0см х 0,5см. Для укрытия этого небольшого дефекта из правой надключичной области соответственно размеру дефекта кожи взят полнослойный кожный трансплантат, после подготовки ушит на дефект задней поверхности мочки правого уха. Донорская рана надключичной области ушита внутрикожным швом. Края донорской раны области лба мобилизованы и приближены друг другу и ушиты узловыми швами. В завершении операции перемещённый несвободный лоскут на сосудистой ножке имеет компенсированное кровообращение. Эстетический вид УР удовлетворительный.

Предложенный способ имеет ряд преимуществ:

1. Используемый лоскут имеет магистральные сосуды и хорошо кровоснабжается.
2. Имеется возможность забора широкого лоскута для одновременного формирования мочки и нижней части завитка ушной раковины.
3. Длинная сосудистая ножка делает лоскут мобильным и свободно моделируемым без страдания кровообращения в тканях лоскута.
4. Ножка лоскута состоит лишь из сосудов (артерия и две вены), в связи с чем лоскут можно переместить на дефект нижнего полюса УР через подкожный тоннель и дополнительной операции по коррекцию ножки не требуется.

Формула изобретения

Способ хирургического лечения дефектов нижнего полюса ушной раковины включающий формирования мочки уха кожно-жировым лоскутом *отличающийся тем, что* в качестве ауто-трансплантата используют лобный кожно-жировой лоскут с сосудистой ножкой и сопро-

вождающими венами, спереди от ушной раковины под кожей формируют тоннель, через который лоскут перемещают вниз и путём складывания в виде дубликатуры укладывают на недостающий участок мочки и завитка уха.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

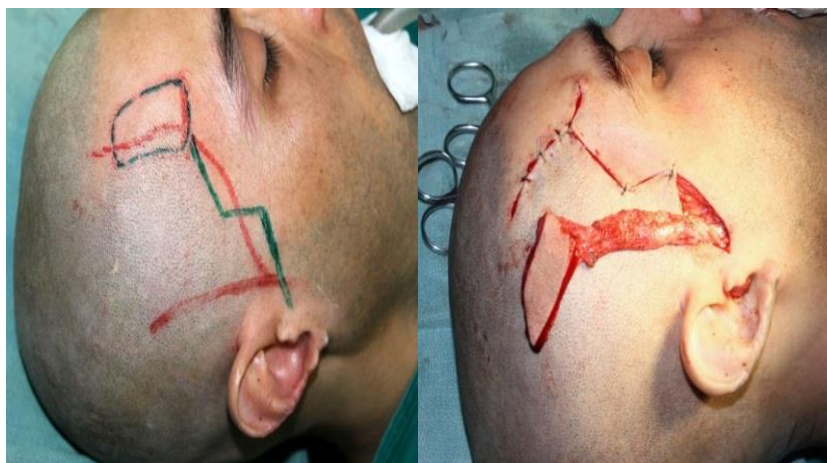
Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕГО ПОЛЮСА УШНОЙ РАКОВИНЫ



Фиг. 1

Фиг.2



Фиг. 3

Фиг.4



Фиг.5

Фиг. 1. Схема проекции а. temporalis superficialis и её лобной ветви (красная линия), маркировка линии разреза кожи (зёлённая линия).

Фиг. 2. Выкроенный лоскут на сосудистой ножке (ramus frontalis а. Temporalis superficialis. Фиг. 3. Вид мочки после завершения операцию.

Фиг. 4. Вид уха сзади и через 2 недели.

Фиг. 5. Вид ушной раковины сбоку через 2 недели после операции.