



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ

ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2301841

(22) 02.06.2023

(46) Бюл. 202, 2023

(71) Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино

(72) (73) Курбанов Убайдулло Абдуллоевич (TJ);

Саидов Искандар Саидчаъфарович (TJ);

Файзуллоева Мухаббат Фозиловна (TJ);

Одинаева Мухаё Саидмухамедовна (TJ);

Холов Шарафчон Исохокчинович (TJ);

Муродов Човидон Камолович (TJ);

Дадачонов Чахонгир Юлдошматович (TJ).

(54) **СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА УШНОЙ РАКОВИНЫ**

(56) Источники информации

1. Рауэр А. Э. Пластические операции на лице / А. Э. Рауэр, Н. М. Михельсон // – М.: Медгиз, 1954. – 345 с

2. Патент РФ №2445006. Способ реконструкции дефекта завитка и мочки ушной раковины / А. Л. Ключихин [и др.] // Заявитель и патентообладатель ГОУ ВПО "Ярославская государственная медицинская академия" Росздрава; Заявл. 26.02.2010 г.; Оpubл. 20.03.2012 г.

3. Неробеев А. И. Использование височно-теменного артериализированного фасциального лоскута для устранения полных и частичных дефектов ушной раковины // А. И. Неробеев, П. Л. Царевский // – М., НПО «Стоматология» МЗ СССР, - 1990. - С. 3-12.

2

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной и пластической хирургии с использованием хрящевого ауто-трансплантата, при последствиях посттравматических дефектах ушной раковины.

Целью изобретения является воссоздание отсутствующей верхней части ушной раковины использованием хрящевого аутоотрансплантата.

Решение данной цели мы видим во взятии хрящевого аутоотрансплантата самой ушной раковины и выкраиванием височной фасции на бассейне ramus parietalis a. temporalis superficialis с последующим окутыванием этого трансплантата.

Лечения дефекта верхнего сегмента ушной раковины, производят использование аутохряща листовидной формы и укладывание его на месте дефекта ушной раковины. В верхне - латеральной части ушной раковины фасция поворачивается в область дефекта ушной раковины и ушивается к окружающим мягким тканям. Из медиального края верхней трети плеча с размерами заимствуется кожный аутоотрансплантат, который очищается от жира и укрывается дефект верхнего сегмента ушной раковины, которая выполняется в один этап.

А. И. Неробеев, П. Л. Царевский // – М., НПО «Стоматология» МЗ СССР, - 1990. - С. 3-12.

Изобретение относится к области медицины, а именно к разделу реконструктивной и пластической хирургии с использованием хрящевого ауто-трансплантата, при последствиях посттравматических дефектах ушной раковины.

Дефект ушной раковины относительно других частей лица нарушает целостное восприятие внешнего образа человека окружающими и вызывает ощущение физической неполноценности. Частичные дефекты верхней части ушных раковин возникают вследствие травм, термических и химических повреждений, а также могут быть врожденного генеза. Частичные дефекты верхнего сегмента ушной раковины наряду с эстетическими проблемами доставляют больному трудности в быту, затруднение при ношении оптических устройств или слуховых приборов. Восстановление утраты верхнего полюса ушной раковины является сложной задачей ввиду сложности рельефа, дефицита околоушных тканей, а также менее, обильным кровоснабжением кожи, покрывающей ушную раковину.

Имеются различные способы реконструкции верхнего полюса ушной раковины при её дефекте, одним из которых является способ А. Э. Рауэра и Н. М. Михельсона в 1954 г. где выкраивают лоскут с основанием на волосистой части головы напротив дефекта завитка. Лоскут образуется двумя параллельными разрезами, идущими от волосистой части головы до основания ушной раковины, где его отрезают и пришивают к слегка отпрепарированному краю дефекта. Через 2 недели отсекают питающую ножку [1].

Этот способ имеет свои недостатки так как сформированный лоскут имеет рандомизированный тип кровообращения (отсутствует питающий сосуд), что может быть причиной плохого приживания лоскута и ухудшения результатов заживления раны.

При другом способе формирования ушной раковины с использованием реберного хряща и фасции на бассейне поверхностной височной артерии, достигаются положительные результаты, однако этот способ ввиду сложности и большого объема операции, травматизации нескольких зон увеличивается количество осложнений [2].

Наиболее близким аналогом заявленному способу к изобретению является способ, который заключается в доступе к височно-теменному фасциальному лоскуту через Y-образный разрез, проводимый вертикально в височной области. Лоскут выкраивают по заранее изготовленному шаблону, опрокидывают его вниз, далее производят забор реберного аутохряща, из него выкраивают каркас ушной раковины, фиксируют его к надкостнице или рудименту ушной раковины, затем покрывают его фасциальным лоскутом, листки которого фиксируют между собой кетгутом, производят забор расщепленного кожного трансплантата с ягодичной области и фиксируют его к фасциальному лоскуту формирования ушной раковины с использованием реберного аутохряща фасции на бассейне поверхностной височной артерии, дости-

гаются положительные результаты [3]. Однако этот способ имеет ряд недостатков:

1. Большой объем и сложность выполнения операции.
2. Травматизация нескольких зон ввиду чего увеличивается количество осложнений.
3. Использование хрящевого каркаса ушной раковины, который часто рассасывается и деформируется в послеоперационном периоде.
4. Достаточно жесткий, вследствие чего над ним часто формируются пролежни, в результате чего пациент не может спать на вновь сформированной ушной раковине.

Целью изобретения является воссоздание отсутствующей верхней части ушной раковины использованием хрящевого аутоотрансплантата.

Решение данной цели мы видим во взятии хрящевого аутоотрансплантата самой ушной раковины и выкраиванием височной фасции на бассейне *ramus parietalis a. temporalis superficialis* с последующим окутыванием этого трансплантата.

Сущность способа поясняется следующими фигурами: фигура 1,2 - вид ушной раковины с боку и сзади; фигура 3- обнажение височной фасции; фигура 4,5 - проекция забора хрящевого аутоотрансплантата; фигура 6 - укладывание хрящевого аутоотрансплантата на месте дефекта и её фиксация; фигура 7,8 - выделение и мобилизация височной фасции; фигура 9 - вид верхнего полюса ушной раковины после перемещения и укладывания височной фасции; фигура 10 - вид донорской раны и ушной раковины после операции.

Предлагаемый способ осуществляется следующим образом: предварительно определяется проекция *a. temporalis superficialis* с её ветвями *pars parietalis et frontalis*. Далее чертится схема операции (Z-образная) в височно-теменной области и одновременно над посттравматическим дефектом верхнего сегмента ушной раковины. Затем выполняется инфильтрация мягких тканей височной области и ушной раковины раствором, содержащим 2% раствор лидокаина 20,0 + NaCl 0,9% - 30,0 + адреналин (1:200000). Под оптическим увеличением и прецизионной техникой острым и тупым путём выделяется *pars parietalis a. temporalis superficialis* на сосудистой ножке (магистральный тип кровоснабжения), до дефекта, то есть до верхнего сегмента ушной раковины. С дорзальной части ушной раковины кожа и подкожно-жировая клетчатка отделяется от хряща, где в последующем образуется пространство. Затем из задней поверхности ушной раковины (конхальной части) заимствуется хрящ листовидной формы с размерами 2,5х1,0см (соответствующего размера дефекта) и этот хрящевой аутоотрансплантат моделируется и укладывается на месте дефекта верхнего полюса ушной раковины и фиксируется с атравматической полипропиленовой нитью 5/0. В верхнелатеральной части ушной раковины для проведения выделенной ножкой височной фасции под кожу формируется тоннель, через который ножка фасции перемещается вниз и укладывается в область дефекта верхней части ушной раковины

на поверхности трансплантата и фиксируется к окружающим мягким тканям с использованием атравматической нити викрил 5/0. Проводится гемостаз донорской зоны с наложением узловых кожных швов с Nylon-2/0. Кровообращение ножки перемещенной фасции магистральное. С целью укрытия поверхности дефекта и перемещенной фасции, созданной в верхнем полюсе ушной раковины, из области правого надплечия заимствуется кожный аутоотрансплантат размерами 4,0x2,0 см, который очищается от жира и ушивается узловыми швами с атравматической полипропиленовой нитью 5/0, после чего обрабатывается спиртом. Для улучшения контура завитка и противозавитка проводится упаковка турундой гентамицина и накладывается асептическая повязка.

Таким образом, полностью воссоздается отсутствующий верхний полюс ушной раковины, а донорская рана зашивается кожными узловыми швами нейлоном 3/0.

Вышеизложенное находит подтверждение в следующем клиническом примере.

Клинический пример. Больной Х.Э. – 1984 г.р., и/б №460, адрес: РРП, г. Вахдат, село Гулакандоз, д-34. Поступил 27.01.2022г в отделение пластической и реконструктивной микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии с диагнозом: посттравматический дефект верхнего сегмента левой ушной раковины. Из анамнеза выяснилось, что больной 26 лет назад во время драки получил травму ушной раковины, лечился в условиях районной больницы по месту жительства, где была оказана первая медицинская помощь и последующее лечение на дому. После заживления раны, в последующем отмечался дефект верхнего сегмента ушной раковины. При осмотре ушных раковин отмечается несимметричность вследствие посттравматического дефекта правой ушной раковины в области хеликса размерами 3,0x0,5. Левая ушная раковина без видимых изменений. Размеры ушных раковин: Длина ушных раковин: с правой стороны - 5,5см, с левой стороны – 6,0см. Расстояние от наивысшей точки ушной раковины до процессус мастоидеус: с правой стороны – верхняя часть – 2,0см, средняя часть -3,0, нижняя часть 2,5, левой стороны – верхняя часть – 2,0см, средняя часть -3,0, нижняя часть 2,5. После соответствующей подготовки в плановом порядке под общим эндотрахеальным наркозом выполнена операция с использованием оптического увеличения. После предварительного определения проекция а. temporalis superficialis с её ветвями pars parietalis et frontalis. Далее чертится схема операции (Z-образная) в височно-теменной области и одновременно над посттравматическим дефектом верхнего сегмента ушной раковины. Затем выполняется инфильтрация мягких тканей височ-

ной области и ушной раковины раствором, содержащим 2% раствор лидокаина 20,0 + NaCl 0,9% - 30,0 + ареналин (1:200000). Под оптическим увеличением и прецизионной техникой острым и тупым путём выделяется pars parietalis a. temporalis superficialis на сосудистой ножке (магистральный тип кровоснабжения), до дефекта, то есть до верхнего сегмента ушной раковины. С дорзальной части ушной раковины кожа и подкожно-жировая клетчатка отделяется от хряща, где в последующем образуется пространство. Затем из задней поверхности ушной раковины (конхальной части) заимствуется хрящ листовидной формы с размерами 2,5x1,0см (соответствующего размера дефекта) и этот хрящевой аутоотрансплантат моделируется и укладывается на месте дефекта верхнего полюса ушной раковины и фиксируется с атравматической полипропиленовой нитью 5/0. В верхнелатеральной части ушной раковины для проведения выделенной ножкой височной фасции под кожу формируется тоннель, через который ножка фасции перемещается вниз и укладывается в область дефекта верхней части ушной раковины на поверхности трансплантата и фиксируется к окружающим мягким тканям с использованием атравматической нити викрил 5/0. Проводится гемостаз донорской зоны с наложением узловых кожных швов с Nylon-2/0. Кровообращение ножки перемещенной фасции магистральное. С целью укрытия поверхности дефекта и перемещенной фасции, созданной в верхнем полюсе ушной раковины, из области правого надплечия заимствуется кожный аутоотрансплантат размерами 4,0x2,0 см, который очищается от жира и ушивается узловыми швами с атравматической полипропиленовой нитью 5/0, после чего обрабатывается спиртом. Для улучшения контура завитка и противозавитка проводится упаковка турундой гентамицина и накладывается асептическая повязка. Таким образом, полностью воссоздается отсутствующий верхний полюс ушной раковины, а донорская рана зашивается кожными узловыми швами нейлоном 3/0.

Предложенный способ имеет ряд преимуществ:

Способствует одномоментно формировать верхний полюс ушной раковины.

Позволяет без сложностей и объемных оперативных вмешательств выполнить реконструкцию ушной раковины.

Аутоотрансплантат используется за счет собственных тканей организма.

Отдаленные результаты значительно лучше по сравнению с результатами ранее известных способов реконструкции ушной раковины.

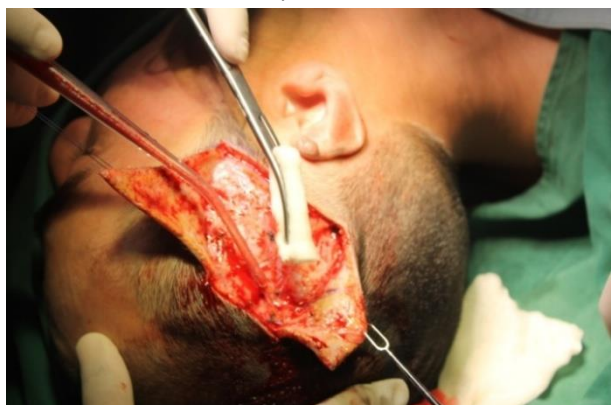
СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА УШНОЙ РАКОВИНЫ



Фиг 1.



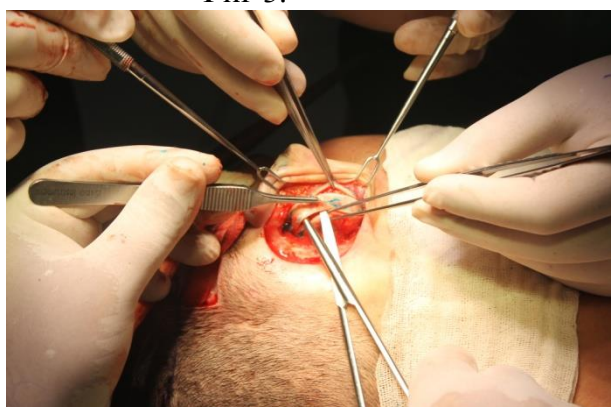
Фиг 2.



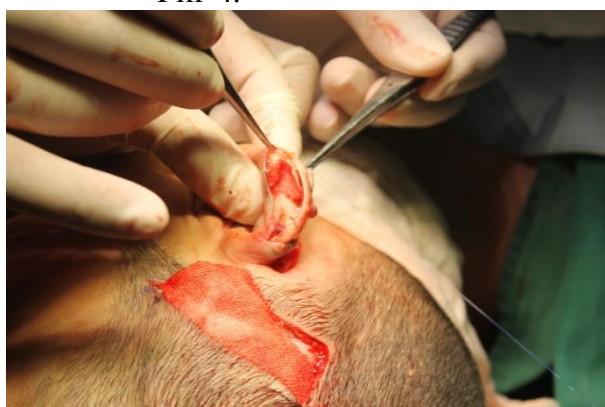
Фиг 3.



Фиг 4.



Фиг 5.



Фиг 6.



Фиг 7.



Фиг 8.



Фиг 9.



Фиг 10.

11

1451

12

Формула изобретения

Способ реконструкции верхнего сегмента ушной раковины у больных после травматического дефекта верхнего сегмента ушной раковины включающий использование хрящевого аутоотрансплантата, отличающийся тем, что устраняется дефект верхнего сегмента ушной раковины путём применения хрящевого аутоотрансплантата самой

ушной раковины и выкраиванием височной фасции на бассейне ramus parietalis a. temporalis superficialis с последующим окутыванием этого трансплантата, который позволяет одновременно воссоздать верхнюю часть ушной раковины в один этап.

Компьютерный набор: Алиева Л.

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