



УДК: 616.288.6-089.844

НОВЫЙ СПОСОБ ПЛАСТИКИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА**А. В. Крендикова, В. В. Горохов****NEW WAY OF PLASTICS EXTERNAL AUDITORY CANAL****A. V. Krendikova, V. V. Gorokhov***ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»**(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)*

Данный способ может найти применение при операциях по поводу опухолей кожи, мягких тканей ушной раковины и наружного слухового прохода. Сущность способа состоит в том, что после иссечения опухоли кожи наружного слухового прохода в заушной области одноименной стороны выкраивают транспозиционный лепестковый кожно-жировой лоскут, ножка которого располагается на уровне прикрепления нижнего края ушной раковины (позади мочки). После мобилизации лоскут переносят на переднюю поверхность ушной раковины, для чего создают сквозной разрез ушной раковины в области нижнего ее края. Длина разреза соответствует ширине питающей ножки лоскута. Лоскут укладывают на дефект наружного слухового прохода и подшивают. Рану в заушной области ушивают простым сближением краев раны с сохранением питающей ножки лоскута. В просвет слухового прохода помещают силиконовую трубку.

Ключевые слова: рак кожи, ушная раковина, реконструкция наружного слухового прохода, заживление раны.

Библиография: 1 источник.

This method can be used in operations for tumors of the skin, soft tissues, the ear and the ear canal. The essence of the method is that, after excision of the skin of the ear canal in the area behind the ear same side cut out petal transposition flap of skin and fat, the foot of which lies at the bottom of the attachment of the ear (behind the earlobe). After raising the flap is transferred to the front surface of the ear, which creates a cut through the ear in its lower edge. The length of the cut to the width of the flap pedicle. The flap is placed on the defect of the ear canal and sutured. Wound in the back of the ear is sutured wound edges simple convergence preserving pedicle flap. In the auditory canal lumen silicone tube placed.

Keywords: skin cancer, auricle, reconstruction of the external auditory canal, wound healing.

Bibliography: 1 source.

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с новообразованиями кожи и мягких тканей ушной раковины и наружного слухового прохода.

Задача исследования. Разработать новый метод пластики дефекта начального отдела наружного слухового прохода с помощью ротационного кожно-жирового лоскута, взятого из заушной области соответствующей стороны.

Материал и методы. После иссечения новообразований кожи наружного слухового прохода ушивание раны местными тканями невозможно, поскольку кожа в этой зоне тонкая и плотно сращена с подлежащим хрящом. В результате возникает необходимость пластического замещения образовавшегося дефекта.

Известна методика, описанная J. Petres и соавт. в 1996 г., основанная на использовании для реконструкции дефекта наружного слухового прохода свободного полнослойного трансплантата из заушной области [1]. При данной методике в заушной области выкраивают полнослойный кожный трансплантат, укладывают на дефект и подшивают. Недостатком методики является то, что свободный кожный трансплантат часто под-

вержен некрозу из-за недостаточного питания, поскольку кожный трансплантат укладывают на хрящевую ткань, которая плохо кровоснабжается.

Наиболее близкой по технической сущности является методика, описанная J. Petres и соавт. в 1996 г., заключающаяся в реконструкции дефекта наружного слухового прохода транспозиционным кожно-жировым лоскутом из околоушной области [1]. Методика заключается в следующем. После иссечения опухоли наружного слухового прохода в околоушной области кпереди от козелка выкраивают лепестковый кожно-жировой лоскут, его дистальную часть укладывают на дефект и подшивают. Вторым этапом отсекают питающую ножку лоскута.

Данный способ обладает следующими недостатками: лоскут не имеет в своем составе питающего осевого сосуда, что может стать причиной трофических нарушений или некроза; после иссечения лоскута в околоушной области остается рубец на открытой части лица – эстетический дефект; методика не предусматривает формирования просвета наружного слухового прохода, в результате чего может возникнуть рубцовая атрезия последнего.

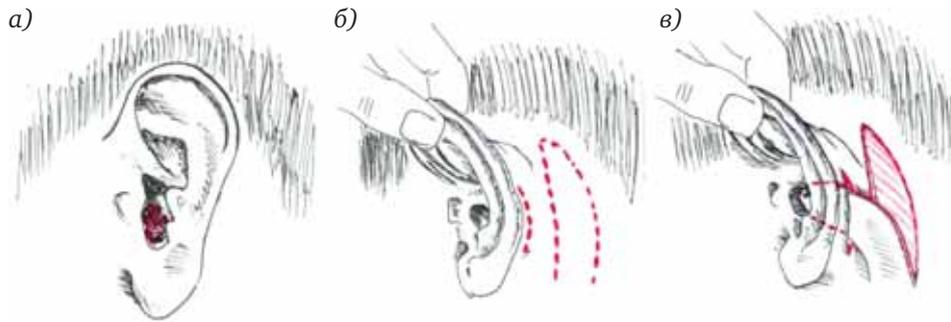


Рис. 1. а – вид больного до операции; б – разметка перед операцией, в – перенесение кожно-жирового лоскута через сквозной разрез ушной раковины.

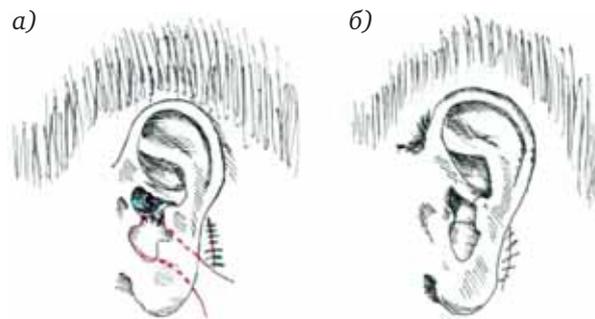


Рис. 2. а – фиксация лоскута, ушивание раны в заушной области, формирование просвета наружного слухового прохода; б – ушная раковина после операции.

В целях реконструкции начального отдела наружного слухового прохода мы предложили новый способ пластики с помощью ротационного кожно-жирового лоскута, взятого из заушной области соответствующей стороны.

Операция заключается в следующем. После иссечения опухоли кожи начального отдела наружного слухового прохода (рис. 1, а) в заушной области одноименной стороны выкраивают транспозиционный лепестковый кожно-жировой лоскут, ножка которого располагается на уровне прикрепления нижнего края ушной раковины (позади мочки) и содержит в своем составе питающий осевой сосуд – заднюю ушную артерию (рис. 1, б). После мобилизации лоскут переносят на переднюю поверхность ушной раковины, для чего создают сквозной разрез ушной раковины в области нижнего ее края, длина разреза соответствует ширине питающей ножки лоскута (рис. 1, в). Последний укладывают на дефект наружного слухового прохода и подшивают. Рану в заушной области ушивают простым сближением краев раны, с сохранением питающей ножки лоскута (рис. 2, а). В целях формирования просвета наружного слухового прохода и предупреждения рубцового сужения в его просвет помещают сили-

коновую трубку диаметром около 1 см, длиной до 2 см, наружный конец трубки фиксируют швом к коже козелка.

Вторым этапом операции через неделю под местной анестезией рассекают кожу питающей ножки лоскута с подшиванием ее дистальной части к коже передней поверхности ушной раковины, а проксимальной – к коже задней поверхности ушной раковины. Таким образом, устраняется сквозной дефект ушной раковины. Силиконовую трубку извлекают из слухового прохода через 3 недели после операции (рис. 2, б).

Данный способ продемонстрировал полное приживание лоскута, хороший функциональный и эстетический результат. Преимущества методики: 1) лоскут имеет осевой питающий сосуд (задняя ушная артерия), благодаря чему достигаются успешное приживание лоскута и первичное заживление раны; 2) лоскут берут в заушной области, в результате послеоперационный рубец остается незаметным и не нарушается эстетический эффект операции; 3) благодаря использованию силиконовой трубки, помещаемой в наружный слуховой проход после операции, предупреждается его рубцовое сужение и, как следствие, снижение слуха у пациента.

Вывод

Предложенный новый способ пластики начального отдела наружного слухового прохода обеспечивает хороший функциональный и эстетический результат.