



3. Бойко Н. В., Шатохин Ю. В. Алгоритм оказания неотложной помощи больным с носовым кровотечением // Рос. ринология. – 2008. – № 1. – С. 40–44.
4. Бойкова Н. Э., Макушин А. А., Котомин В. В. Новая методика баллонной тампонады при рецидивирующих носовых кровотечениях у больных в отделениях интенсивной терапии и реанимации // Рос. ринология. – 2011. – № 2. – С. 64–65.
5. Крюков А. И. Двухкамерная (секционная) гидротампонада полости носа после внутриносовых хирургических вмешательств // Вестн. оторинолар. – 2010. – № 2. – С. 48–51.
6. Опыт организации экстренной помощи больным с носовыми кровотечениями / Е. Н. Альтман [и др.] // Здравоохранение РФ. – 1987. – №6. – С. 24–27.
7. Послеоперационный гемостаз при внутриносовых хирургических вмешательствах / А. И. Крюков [и др.] // РМЖ. – 2011. – № 24. – С. 1456–1467.
8. Hulcrantz E., Linder A., Markström A. Tonsillectomy or tonsillotomy? A randomized study comparing postoperative pain and long-term effects // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 1999. – Vol. 51, N 1. – P. 171–176.
9. Klinger M., Siegert R. Microcirculation of the nasal mucosa during use of balloon tamponade // J. Laryngorhinootol. – 1997. – Vol. 76, N 3. – P. 127–130.
10. Kucik C. J., Clenney T. Management of epistaxis // Am. Family Physician. – 2005. – Vol. 71, N 2. – P. 305–311.
11. The Foley catheter in the management of epistaxis / N. J. Holland [et al.] // Int. J. Clin. Pract. – 2001. – Vol. 55, N 1. – P. 14–15.

Горносталев Николай Янович – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: 8-980-662-50-07, e-mail: gornostalev@mail.ru

Шиленков Кирилл Андреевич – студент 6-го курса лечебного факультета Ярославской ГМА. 150035, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: 8-910-662-96-18, e-mail: klacid@mail.ru.

УДК: 616.288.71-089

СПОСОБ РЕКОНСТРУКЦИИ ДЕФЕКТА ЗАВИТКА И МОЧКИ УШНОЙ РАКОВИНЫ

В. В. Горохов, А. В. Крендикова

THE METHOD OF RECONSTRUCTION DEFECT OF THE CURL AND EARLOBE

V. V. Gorokhov, A. V. Krendikova

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия
Минздрава России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

Способ включает формирование кожно-жирового лоскута в заушной области на основе задней ушной артерии и последующее подшивание его к краям дефекта. При этом первым этапом выкроенный лоскут подшивают к краям дефекта ушной раковины и мочки с сохранением питающей ножки лоскута. Вторым этапом производят отсечение питающей ножки, из которой формируют мочку. Использование данного изобретения позволяет улучшить функциональные и эстетические результаты реконструкции дефектов завитка и мочки ушной раковины.

Ключевые слова: рак кожи, ушная раковина, реконструкция завитка и мочки ушной раковины, заживление раны.

Библиография: 1 источник.

The method includes forming a flap of skin and fat in the area behind the ear on the basis of the posterior auricular artery and then stitching it to the edges of the defect. In this first stage vykroenny flap sutured to the edges of the defect and the ear lobe with preservation of pedicle flap. The second stage cutoff pedicle, which forms a lobe. The use of the present invention can improve the functional and aesthetic results of reconstruction of defects in the navel and ear lobes.

Key words: skin cancer, auricle, reconstruction of the curl and earlobe, wound healing.

Bibliography: 1 source.

Цель исследования. Улучшение функциональных и эстетических результатов хирургического лечения больных с новообразованиями кожи ушной раковины.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ применяемых в нашей клинике классических оперативных методик. Известна методика пластики дефекта завит-

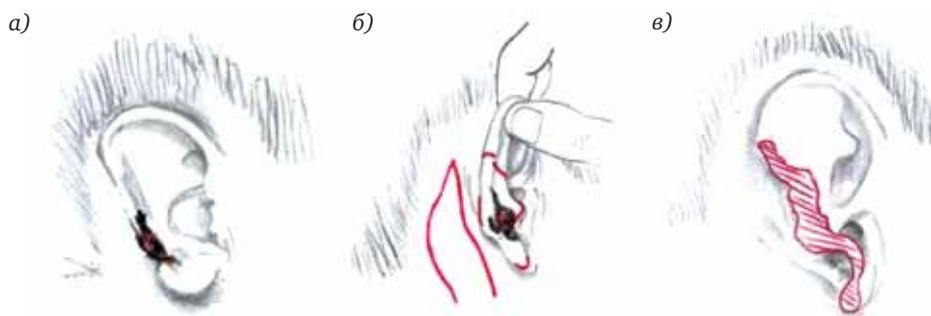


Рис. 1. а – вид ушной раковины до операции; б – разметка перед операцией; в – дефект ушной раковины после иссечения опухоли.

ка ушной раковины, описанная А. Э. Рауэром и Н. М. Михельсоном в 1954 г. [1]. При данном способе 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. Недостатком способа является то, что сформированный лоскут имеет рандомизированный тип кровообращения (отсутствует питающий сосуд), что может быть причиной плохого приживления лоскута и ухудшения результатов заживления раны. Кроме того, данный способ не предусматривает реконструкции дефекта мочки

ушной раковины. Наиболее близким по технической сущности является другой способ, также описанный А. Э. Рауэром и Н. М. Михельсоном в 1954 г. [1]. При данном методе выкраивается лоскут на дистальной ножке за ухом у его основания по направлению вниз. Недостатком этого способа, как и предыдущего, является отсутствие питающего сосуда, создающее повышенную угрозу трофических нарушений лоскута, осложняющее заживление раны, и в связи с этим возможность косметического дефекта.

В целях реконструкции краевого дефекта ушной раковины нами предложен новый способ, который заключается в следующем. Операция выполняется под местной инфильтрационной анестезией в два этапа. На первом этапе в соответствии с предварительной разметкой производят иссечение пораженной опухолью части ушной раковины в заушной области на соответствующей стороне (рис. 1), затем выкраивают кожно-жировой лоскут овальной формы, ножка которого располагается проксимально на уровне сосцевидного отростка и имеет в своей основе питающий сосуд (задняя ушная артерия) (рис. 2). Медиальный край лоскута подшивают к раневой поверхности переднего края ушной раковины, наружный край лоскута – к заднему краю дефекта ушной раковины (рис. 3, а). Рана в заушной области частично ушивают с сохранением питающей ножки лоскута. В течение последующих 2 недель рану обрабатывают с помощью мазевых повязок.



Рис. 2. Этап мобилизации лоскута.

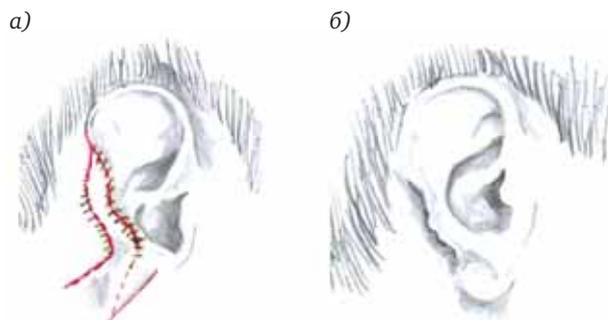


Рис. 3. а – этап подшивания лоскута к краям дефекта ушной раковины; б – вид ушной раковины после операции.

Через 2 недели производится второй этап операции. Под местной инфильтрационной анестезией отсекают питающую ножку лоскута у основания, медиальный край ножки лоскута фиксируют швами к дефекту передней поверхности мочки, затем проксимальную часть лоскута подворачивают кверху и подшивают, за счет чего формируется задняя поверхность мочки (рис. 3).

Таким образом, поскольку лоскут получает питание от осевого сосуда – задней ушной артерии, это обеспечивает успешное приживление лоскута и заживление раны первичным натяжением.



Вывод

Предложенный новый способ реконструкции ушной раковины обеспечивает хороший функциональный и косметический результат.

ЛИТЕРАТУРА

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

Горохов Владислав Вадимович – аспирант каф. госпитальной хирургии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 54-03-55, e-mail: endo9@yandex.ru

Крендикова Анастасия Валерьевна – аспирант каф. оториноларингологии Ярославской ГМА. 150000, Ярославль, ул. Революционная, д. 5; тел.: (4852) 303985, e-mail: andsmr@list.ru

УДК:616.212.5-089-844

ПРИМЕНЕНИЕ БИОПЛАСТИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА «ГИАМАТРИКС» В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАЦИЙ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА

М. В. Григорьева

THE APPLICATION OF BIOPLASTIC MATERIAL “GIAMATRIKS” IN SURGERY OF THE NASAL SEPTUM PERFORATION

M. V. Grigorieva

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Минздрава России»
(Ректор – засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

В работе проанализированы результаты операций – пластики дефекта перегородки носа с применением оригинального биопластического материала «Гиаматрикс».

Ключевые слова: перфорация перегородки носа, биопластический материал, операция.

Библиография: 5 источников.

It was analyzed in the work the results of plastic of the nasal septum perforation defect with use of original bioplastic material “Giamatriks”.

Key words: nasal septum perforation, bioplastic material, operation.

Bibliography: 5 sources.

Подслизистая резекция носовой перегородки является одной из наиболее распространенных операций в оториноларингологии. У оперированных больных в ближайшем и особенно в отдаленном послеоперационном периоде нередко формируется перфорация перегородки носа [2]. Данное осложнение снижает качество жизни пациентов. У больных нарушается носовое дыхание, в полости носа образуются корки, наблюдаются носовые кровотечения, неприятный запах, слизистые выделения из носа. Наряду с этим больные жалуются на носовые кровотечения, головные боли, возникновение свиста при дыхании [3, 5]. Перечисленные симптомы возникают из-за нарушения архитектоники и аэродинамики в полости носа во время прохождения воздушной струи через перфорацию носовой перегородки [2].

Сегодня основным методом лечения перфорации перегородки носа является хирургический. Результаты пластики перфорации не всегда удов-

летворяют больных и врача: наблюдается высокий процент рецидивов. Разработка новых способов пластики перфораций перегородки носа в настоящее время является актуальной проблемой.

Цель работы. Повышение эффективности пластических операций по закрытию перфораций перегородки носа с применением оригинального биопластического материала «Гиаматрикс».

«Гиаматрикс» – это биополимер, изготовленный методом фотохимической сшивки макромолекул в гидрогеле на основе нативной (химически не модифицированной) гиалуроновой кислоты. Основанием к применению «Гиаматрикса» послужили его положительные свойства:

- многофункциональность (выполняет роль каркаса);
- механическая прочность и эластичность;
- биосовместимость на белковом и клеточном уровнях;