

Т.З. Чкадуа,
к.м.н

Л.А. Брусова,
д.м.н, профессор

Центр реконструктивной черепно-лицевой хирургии
ФГУ Центральный научно-исследовательский институт стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Росмедтехнологий,
Москва

Новые возможности устранения микротии на примере клинического случая врожденной двусторонней микротии III степени

До начала XX века работы главным образом были сфокусированы на посттравматических дефектах и деформациях ушных раковин. Важной отправной точкой в лечении врожденной микротии стала операция, когда Gillies в 1920 г. погрузил фигурно вырезанный реберный аллохрящ под кожу сосцевидной области, затем мобилизовал и поднял его вместе с кожей, а заднюю поверхность закрыл кожным лоскутом с шеи [6].

Наиболее значительными, положившими начало современным возможностям пластики ушной раковины, считаются общеизвестные работы [5, 8], которые в последующие годы были дополнены другими хирургами [4, 7].

В ЦНИИС проф. Г.В. Кручинским в период 1967–1975 гг. были систематизированы виды врожденных деформаций ушных раковин, разработаны методики операций по применению реберного аутохряща в качестве каркаса ушной раковины, в том числе с применением армирования его проволокой для предотвращения рассасывания каркаса [2].

Большинство авторов описывают отдельные оригинальные методики, отдавая предпочтение тому или ино-

му способу: формированию ушной раковины с помощью Филатовского стебля и армированного хряща, хрящевому реберному аутотрансплантату из цельного блока или многокомпонентной конструкции, различным полимерным материалам (полиэтилен, нейлоновая сетка, «Марлекс», «Медпор», «Порекс», полиэстер, тефлон, никелидтитановая проволока), одно- или двухэтапному способам. Многообразие оперативных подходов и используемых при этом материалов свидетельствует о недостаточной эффективности предлагаемых методов, где конечными критериями являются не только полное восстановление анатомических и функциональных параметров, но и соответствие общепринятым эстетическим нормам.

Все дефекты ушных раковин можно разделить по этиологии на две большие группы: врожденные дефекты (микротия) и приобретенные. По данным отечественных и зарубежных авторов, микротия встречается в среднем в 1 случае на 7000 новорожденных, как изолированно, так и является проявлением таких заболеваний, как гемифасциальная микросомия, синдром Тричер–Коллинза, отокраниостеноз и т.д.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

У пациентов с микротией II–III степени в качестве каркаса мы применяем индивидуально смоделированный силиконовый имплантат, который позволяет максимально точно воспроизвести параметры ушной раковины, ее рельеф и угол отведения, что является необходимым условием для создания заушной складки. А его упруго-прочностные свойства позволяют придать эластичность и гибкость вновь сформированной ушной раковине [1]. В качестве покрытия для имплантата мы используем височно-теменной артериализированный фасциальный лоскут, который является полноценным пластическим и биологическим покрытием, а также благоприятной основой для приживления расщепленных аутодермотрансплантатов [3].

Авторская методика операции заключается в доступе к височно-теменному фасциальному лоскуту через зигзагообразные разрезы кожи височно-теменной области, начиная от зоны дефекта. Фигурный фасциальный лоскут должен соответствовать по форме и размерам силиконовому имплантату ушной раковины. Силиконовый имплантат оборачиваем височно-теменным фасциальным

лоскутом, таким образом, чтобы верхнезадняя его часть укрывала не только переднюю поверхность имплантата, но и заднюю, формируем мочку уха. На передней поверхности формируемой ушной раковины фиксируем расщепленный аутодермотрансплантат с противоположной ушной раковины, а на задней поверхности расщепленный аутодермотрансплантат с бедра.

В результате операции формируем полноценную ушную раковину. К 7-му месяцу полностью проявляется рельеф ушной раковины, по цвету абсолютно соответствующий противоположной здоровой ушной раковине. За счет эластичности и гибкости имплантата пациент может спать на сформированной ушной раковине уже через 1,5–2 мес после операции, что никак не отражается на ее кровоснабжении.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Пациентка С., 1985 г.р., находилась на лечении в клинике с 2005 по 2007 г. дважды с диагнозом: врожденная двусторонняя микроотия III степени, тугоухость II–III степени, состояние после мезотимпанопластики.

На момент обращения в клинику у пациентки отмечалось полное отсутствие обеих ушных раковин, мочки перемещены в горизонтальное положение, сформированы наружные слуховые проходы (рис. 1). За время подготовки к операции в лаборатории ЦНИИ-СиЧЛХ был изготовлен индивидуальный силиконовый имплантат ушной раковины по методике, разработанной проф. Л.А.Брусовой (рис. 2).

В клинике после полного клинико-лабораторного обследования, в условиях эндотрахеального комбинированного наркоза, была проведена реконструктивная операция предлагаемым выше способом. Сначала справа, а через год — слева. Так как у пациентки отсутствовали обе ушные раковины, то забор аутодермотрансплантата производили только с ягодичной области. В послеоперационном периоде пациентке провели противовоспалительную, антибактериальную, общеукрепляющую терапию и физиолечение (курс магнитотерапии № 10). С целью улучшения микроциркуляции в течение 2 сут 2 раза в день делали капельницы: реополиглюкин

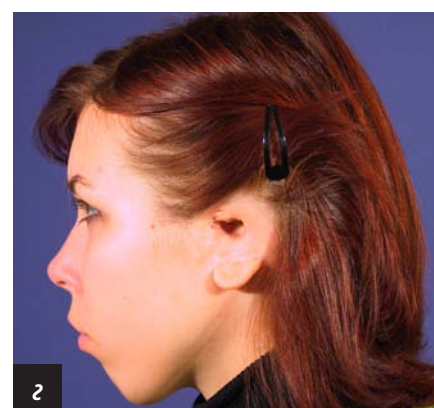
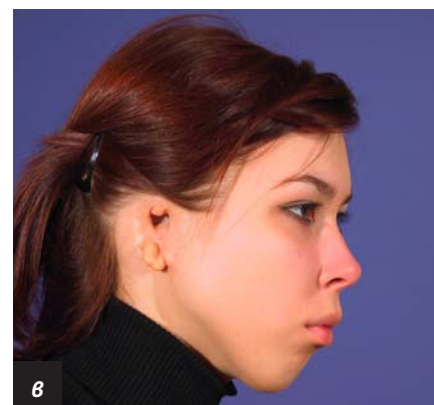
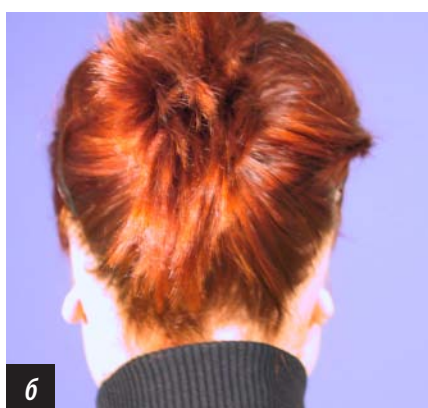
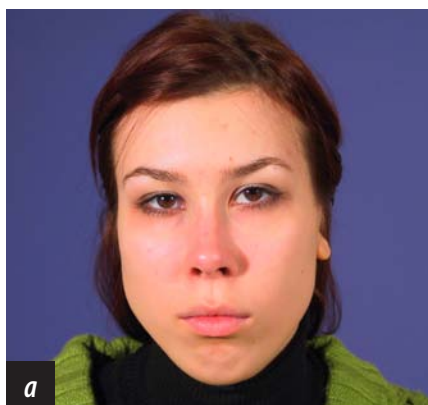


Рис. 1. До операции: а) вид спереди; б) вид сзади; в) вид справа; г) вид слева

200,0 мл, трентал 5,0 мл, витамин С 5% 6 мл.

В результате операций поэтапно сформировали полноценные ушные раковины, сроки наблюдения составили 6, 12 мес и 2 года. Начиная с первых месяцев после операции, пациентка может спать на сформированных ушных раковинах, что никак не отражается на их кровоснабжении (рис. 3).

РЕЗУЛЬТАТЫ

Всего в клинике ЦНИИС за период с 2004 по 2009 г. был прооперирован 21 пациент с врожденной микроотией III степени, из них 2 пациентам операция была проведена с двух сторон.

У 19 пациентов получен хороший эстетический и функциональный результат. У 2 пациентов отмечался тромбоз питающего сосуда с последующим некрозом фасциального лоскута, прорыванием имплантата и его удалением. Таким образом, предлагаемый способ возможно использовать для устранения субтотальных и тотальных дефектов ушных раковин у пациентов с врожденной микроотией.

Результаты проведенного лечения

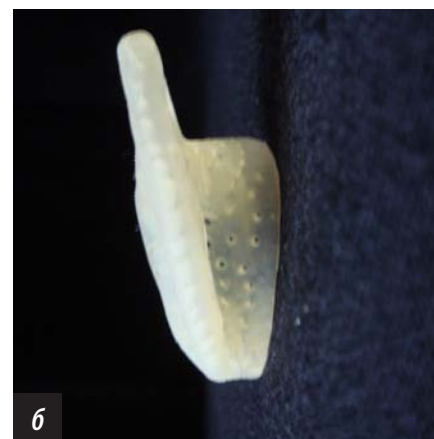


Рис. 2. Силиконовый имплантат ушной раковины: а) передняя поверхность; б) задняя поверхность



Рис. 3. Через 2 года после формирования правой ушной раковины и через год после формирования левой ушной раковины: а) вид спереди; б) вид сзади; в) вид справа; г) вид слева

свидетельствуют о возможности хирургической и эстетической реабилитации пациентов. Что же касается психологического и социального компонентов, необходимо отметить, что в течение всего периода наблюдения за данной группой пациентов, в до- и послеопе-

рационном периоде мы проводили динамическое психологическое обследование, результаты которого позволяют говорить о психосоциальной адаптации пациентов данной группы после проведенного лечения и как следствие повышения качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Брусова Л.А., Милешина Н.А., Дмитриев Н.С., Левшина Н.А. Хирургическое лечение врожденных аномалий развития наружного и среднего уха: пособие для врачей. — М., 2000. — 21 с.
2. Кручинский Г.В. Челюстно-лицевой дизостоз и другие синдромы первой и второй жаберных дуг. — М.: Стоматология, 1972. — № 2. — С. 97.
3. Неробеев А.И., Царевский П.Л. Использование височно-теменного артериализированного фасциального лоскута для устранения полных и частичных дефектов ушной раковины. — М.: НПО «Стоматология» МЗ СССР, 1990. — С. 3—12.
4. Brent B. Auricular repair with autogenous rib cartilage grafts: two decades of experience with 600 cases// *Plast Reconstr Surg.* — 1992 (March); 90: 3: 335—374.
5. Converse J.M. Construction of the auricle in congenital microtia// *Plast Reconstr Surg* 1963; 2(3): 144—146.
6. Gillies H. *Plastic Surgery of the Face.* London, H. Frowde, Hodder & Stoughton, 1920.
7. Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia// *Plast Reconstr Surg* 1994; 93: 231—242.
8. Tanzer R.C. Microtia// *Plast Reconstr Surg* 1982; 5(3): 317—336.