

прогнозирования и профилактики нарушений мозгового кровообращения. Объем исследования – 2433 пациента. Распределение частоты случаев инсульта по месяцам носит двухпиковый характер: максимальные уровни приходятся на июнь (281 случай – 11,5 %) и октябрь – ноябрь (415 случаев – 17,1 %). Распределение случаев ишемического варианта мозгового инсульта по дням недели мало вариабельно и варьирует в узких пределах (13,5–15,9 %), а показателей геморрагического инсульта – в широком диапазоне – от 10,3 % в пятый день недели до 20,6 % во второй. Наибольшее число случаев инсульта наблюдалось в послеполуденное время (12.00–15.59). Таким образом, в развитии нарушений мозгового кровообращения значительная роль принадлежит биоритмической вариабельности гомеостаза. Знание времени риска сосудистых катастроф важно для организации медицинской помощи населению.

Ключевые слова: инсульт, хронобиология, биоритмы, распределение случаев инсульта

was less variable (13,5–15,9 %) and Incidence of hemorrhagic stroke varied in a wide range – from 10,3 % in the fifth day of the week to 20,6 % in the second day. The maximum stroke incidence was observed in the afternoon (12.00–15.59). Thus, biorhythmical variability of homeostasis play a significant role in the development of cerebrovascular accident. Knowledge of cardiovascular accidents risk time is important for organization of medical care.

Key words: stroke, chronobiology, biorhythms, incidence of stroke

© А. О. Гюсан, 2014

УДК 617- 089.844

DOI – <http://dx.doi.org/10.14300/mnnc.2014.09059>

ISSN – 2073-8137

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА УСТРАНЕНИЯ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА УШНОЙ РАКОВИНЫ

А. О. Гюсан

Медицинский институт Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии, Черкесск
Карачаево-Черкесская республиканская клиническая больница, Черкесск

Восстановительные операции уха представляют собой одну из наиболее трудных задач в хирургии лица и шеи. Это связано с особенностями анатомического строения ушной раковины, имеющей индивидуальные множественные выпуклости и углубления хрящевого каркаса, покрытого тонкой прилегающей кожей. Кроме того, по сравнению с другими участками лица, кровоснабжение ушной раковины менее выражено [4, 5].

Следует также учитывать, что дефекты ушной раковины чаще всего являются следствием дорожных и бытовых травм и операций по поводу удаления опухоли. Поэтому устранение таких

дефектов является достаточно сложной задачей и зависит от расположения, формы, величины, состояния кожи вокруг дефекта и наличия или отсутствия других отягощающих факторов.

Ушные раковины индивидуальны у разных индивидуумов и имеют разное соотношение хряща и кожи, неодинаковые анатомические контуры. Поэтому классических универсальных способов устранения дефектов ушной раковины нет. Каждая такая операция является продуктом серьезного предоперационного анализа дефекта и оценки всех возможностей по его устранению.

Для успешного устранения дефекта ушной раковины важно четко определить, с каким дефектом ушной раковины приходится иметь дело. Мы в своей работе используем следующую классификацию дефектов ушной раковины [1]:

1. Центральные дефекты, с вовлечением корня завитка и чаши раковины.
2. Периферические дефекты, вовлекающие верхнюю треть уха.

Гюсан Арсентий Оникович, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой оториноларингологии-хирургии головы и шеи Медицинского института Северо-Кавказской государственной гуманитарно-технологической академии; заведующий отделением оториноларингологии Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы; тел.: (8782)207593; 89283869957; e-mail: gujsan@mail.ru

3. Периферические дефекты, вовлекающие среднюю треть уха.

4. Периферические дефекты, вовлекающие нижнюю треть уха.

5. Комбинированные дефекты ушной раковины.

Это часть классификации дефектов ушной раковины, предложенная Tom D. Wang [Цит. по 4].

Наименее сложным является восстановление дефекта ушной раковины местными её тканями, но это удается провести только в тех случаях, когда дефект небольшой. В остальных случаях методом выбора является использование лоскута на ножке из близлежащих тканей. Такой кожно-жировой лоскут идентичен утерянным тканям по цвету, что делает его малозаметным после операции.

Целью работы стал анализ использованных нами методов устранения частичных дефектов ушной раковины, проведенных на базе ЛОР-отделения республиканской клинической больницы.

Материал и методы. Всего наблюдалось 14 пострадавших с частичными дефектами ушной раковины в возрасте от 19 до 54 лет – 9 мужчин и 5 женщин. У 5 пострадавших дефект ушной раковины был устранен за счет пластики местными тканями самой ушной раковины. Остальные пострадавшие имели дефекты ушной раковины, которые не представлялось возможным устранить таким образом. У 4 из них наблюдался большой периферический дефект ушной раковины, вовлекающий верхнюю треть уха, у 3 – периферический дефект ушной раковины, вовлекающий среднюю треть уха, у 2 – периферический дефект, вовлекающий нижнюю треть уха.

Во всех случаях работу начинали с тщательной предоперационной оценки и анализа дефекта. При этом оценивали как размер дефекта, так и взаимоотношение его с завитком, противозавитком, раковиной и мочкой. Особое внимание уделялось состоянию окружающих тканей. Во всех случаях выполняли дооперационные прицельные фотографии ушной раковины. Выполнение фотографий, кроме юридического и научного аспекта, позволяло, используя экран монитора, более вдумчиво оценивать имеющуюся патологию и составлять план её устранения.

Прежде всего старались использовать возможность устранения дефекта тканями самой ушной раковины. Небольшие дефекты завитка и даже противозавитка устраняли сшиванием краев дефекта после их освежения или клиновидного иссечения части ушной раковины. При этом для устранения дефекта применяли также перемещение двух прямоугольных лоскутов на ножке.

У 5 пострадавших для устранения периферического дефекта ушной раковины с вовлечением верхней и средней трети уха использовали позадиушной лоскут [1]. Данный лоскут очень хорошо кровоснабжается (затылочная, задняя аурикулярная, поверхностная височная артерии) и легко перемещается. Операцию прово-

дили в два этапа. Во время первого этапа выкраивали позадиушной лоскут шириной несколько большей, чем дефект ушной раковины. Для этого делали разрез кожи по заушной складке на 1–2 см больше, чем дефект. Затем проводили два параллельных разреза перпендикулярно к первому заушному и отсепаровывали лоскут, осуществляли тщательный гемостаз. После освежения краев дефекта ушной раковины подготавливали лоскут кожи подшивали к краям раны. Для уменьшения натяжения лоскута его подшивали временными сквозными швами сзади к ушной раковине.

Второй этап проводили через 1,5 недели. Он заключался в отсечении лоскута сзади от своего ложа и формировании завитка. В двух случаях во время этого этапа использовали аллоплант. Для придания завитку нужной формы накладывали матрацные швы на валике.

В двух случаях безволосистая полоса за ушной раковиной была очень узкой, а дефект завитка достаточно обширный, закрыть его описанным способом не представлялось возможным. В этих случаях для восстановления целостности посттравматических дефектов ушной раковины мы использовали лоскут кожи, образованный на шее по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы [2, 3].

Результаты (клинический случай). Приводим пример проведенной операции по восстановлению обширного посттравматического дефекта правой ушной раковины лоскутом кожи на питающей ножке из боковой поверхности шеи с использованием аллопланта для восполнения недостающей хрящевой ткани.

Больной У., 29 лет, поступил в ЛОР-отделение республиканской клинической больницы с жалобами на дефект правой ушной раковины, возникший после падения с лошади месяц назад. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре отмечается значительный дефект правой ушной раковины с отсутствием завитка и противозавитка вплоть до мочки уха. Длина дефекта ткани 55 мм, глубина 22 мм, с неровными, рубцово-измененными краями. Под местной анестезией 1 % раствором новокаина проведено иссечение рубцовой ткани по краям дефекта ушной раковины. Кожные края отсепарованы. Затем на правой боковой поверхности шеи по ходу грудино-ключично-сосцевидной мышцы сформирован кожный лоскут с ножкой, расположенной позади ушной раковины на сосцевидном отростке. При этом ширина лоскута в два раза больше ширины дефекта. Выделенный лоскут складывали пополам по длине и готовили к шиванию в освеженном крае дефекта. Правильное образование лоскута требует тщательного предварительного измерения его необходимой длины, ширины, толщины и угла поворота ножки. При формировании лоскута мы учитывали не только направление и ширину питающей ножки, но и стремились со-

хранить в ножке сосуды, выкраивая его вместе с подкожной клетчаткой. После тщательного гемостаза сформированный лоскут перенесен к краям раны и закреплен без натяжения атравматической иглой. Первый шов наложен на конец лоскута и верхний край дефекта. Затем после формирования из аллопланта недостающей части завитка и его фиксации лоскут подшит к отпрепарированной коже, задней и передней поверхности дефекта ушной раковины. Кожные края материнского ложа широко отсепарованы и послойно ушиты. Под ножку лоскута подведен тампон, пропитанный мазью Левомиколь. На 8-е сутки швы удалены и больной выписан из отделения под наблюдение врача по месту жительства. Через 20 дней после выписки больной поступил в отделение для проведения второго этапа операции. Ножка отсечена, оставшаяся

ткань использована для закрытия дефекта кожи в области сосцевидного отростка. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Пострадавшим с дефектом ушной раковины в нижней трети уха (отсутствие мочки) она восстановлена с помощью кожи местных тканей двудольным лоскутом.

Во всех случаях нами получен косметически приемлемый результат.

Заключение. Таким образом, для достижения удовлетворительного результата хирургической операции необходимы тщательный предоперационный анализ имеющегося дефекта, составление индивидуального плана проведения операции, дифференцированный подход к ней в зависимости от локализации дефекта, его размеров и состояния окружающих тканей, щадящее оперирование.

Литература

1. Гюсан, А. О. Позадишной лоскут в реконструктивной пластике частичных дефектов ушной раковины / А. О. Гюсан // Матер. 7-й науч.-практ. конф. врачей КЧР «Актуальные проблемы клинической медицины». – Черкесск, 2009. – С. 50–52.
2. Гюсан, А. О. Восстановительная хирургия частичных дефектов ушной раковины / А. О. Гюсан // Матер. Национального конгресса «Пластическая хирургия». – М.: ООО «Издательский дом «Бионика», 2011. – С. 71–72.

References

1. Gyusan A. O. Pozadiushnoy loskut v rekonstruktivnoy plastike chastichnykh defektov ushnoy rakoviny. Mater. 7-y nauch.-prakt. konf. vrachey KChR «Aktualnye problemy klinicheskoy meditsiny». Cherkessk; 2009. P. 50-52.
2. Gyusan A. O. Vosstanovitel'naya khirurgiya chastichnykh defektov ushnoy rakoviny. Mater. Natsionalnogo kongressa Plasticheskaya khirurgiya. M.: «Izdatelsky dom «Bionika»; 2011. P. 71-72.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА УСТРАНЕНИЯ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА УШНОЙ РАКОВИНЫ

А. О. ГЮСАН

На примере проведенных 14 операций устранения частичного дефекта ушной раковины рассмотрен дифференцированный подход к выбору метода проведения хирургической операции. Подробно описаны оперативные приемы.

Сделан вывод, что для достижения удовлетворительного результата хирургической операции необходим тщательный предоперационный анализ имеющегося дефекта, составление индивидуального плана проведения операции, дифференцированный подход к ней в зависимости от локализации дефекта, его размеров и состояния окружающих тканей, щадящее оперирование.

Ключевые слова: дифференцированный подход, частичный дефект ушной раковины

3. Гюсан, А. О. Применение кожной пластики лоскутом на ножке из боковой поверхности шеи при травматических дефектах ушной раковины / А. О. Гюсан // Матер. 9-й науч.-практ. конф. врачей КЧР «Вопросы теоретической и практической медицины». – Черкесск, 2011. – С. 68–69.
4. Пластическая и реконструктивная хирургия лица : пер. с англ. / под ред. А. Д. Пейпла. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007. – 951 с.
5. Brent, B. Reconstruction of traumatic ear deformities / B. Brent // Clin. Plast. Surg. – 1978. – Vol. 5. – P. 437.

3. Gyusan A. O. Primeneniye kozhnoy plastiki loskutom na nozhke iz bokovoy poverkhnosti shei pri travmaticheskikh defektakh ushnoy rakoviny. Mater. 9-y nauch.-prakt. konf. vrachey KChR «Voprosy teoreticheskoy i prakticheskoy meditsiny». Cherkessk; 2011. P. 68-69.
4. Plasticheskaya i rekonstruktivnaya khirurgiya litsa / Pod red. A. D. Peypla; Per.s angl. M.: «BINOM. Laboratoriya znany»; 2007. 951 p.
5. Brent B. Clin. Plast. Surg. 1978;5:437.

THE DIFFERENTIATED APPROACH TO THE CHOICE OF SURGICAL CORRECTION TECHNIQUE IN THE CASES OF AURICLE PARTIAL DEFECTS GYUSAN A. O.

Based on the experience of 14 cases of the auricle partial defect correction the different surgical approaches and techniques are presented and considered.

It is concluded that in order to achieve a satisfactory outcomes of surgery requires careful preoperative analysis of the defect, compiling individual plan of the operation, a differentiated approach to it, depending on the location of the defect, its size and condition of the surrounding tissue and gentle handling.

To achieve the satisfactory outcomes of the surgery careful preoperative analysis of the defect, an individualized plan of surgery, a differentiated approach taking into account the localization of the defect, its size and condition of the surrounding tissues, as well as a gentle method of operation are required.

Key words: the differentiated approach, partial defect of an auricle