

### Литература

1. Кизюкевич, Л. С. Реактивные изменения в почках при экспериментальном холестазах : монография / Л. С. Кизюкевич. – Гродно : Изд-во ГрГМУ, 2005. – 239 с.
2. Glauert, R. H. Araldite as embedding medium for electron microscopy / R. H. Glauert // J. Biophys. Biochem. Cyt. – 1958. – V. 4. – P. 409–414.
3. Watson, M. L. Staining of tissue sections for electron microscopy with heavy metals / M. L. Watson // J. Biophys. Biochem. Cyt. – 1958. – Vol. 4. – P. 475–478.

## РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ОТОПЛАСТИКА И МЕАТОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ УХА

*Плавский Д.М., Хоров О.Г., Алещик И.Ч, Ковальчук В.И., Новосад В.В., Крень Ю.Н.*

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Аномалии ушной раковины встречаются, как правило, в сочетании с аномалиями наружного слухового прохода и среднего уха, а иногда даже с аномалиями внутреннего уха. К сожалению, число врожденных пороков развития уха в последние годы не уменьшилось [1].

Исторический аспект хирургии при врожденных пороках включает несколько периодов: 1 – конец 19 века – начало 20 века (попытки восстановления НСП); 2 – начало 20 века (элементы пластики НСП); 3 – 60-70гг (реконструктивная хирургия наружного и среднего уха); 4 – современный период[2].

Выделяют ряд тератогенных факторов, влияющих на развитие пороков уха: экзогенные (физические, химические, термические, радиационные, гипоксия тканей, горизонтальная дискорелляция, неполноценное питание матери, тератогенные яды); биологические (вирусы, бактерии и их токсины, простейшие); психогенные; эндогенные (наследственность, биологическая неполноценность половых клеток, возраст родителей) [3,4].

**Цель исследования:** оценка эффективности хирургического лечения пороков развития уха путём выполнения меатотимпанопластики и реконструктивной отоластики

**Материал и методы:** под нашим наблюдением находился 21 пациент с ВПР уха в возрасте от 7 до 26 лет.

У 7 пациентов атрезия наружного слухового прохода носила односторонний характер, у 4 – двухсторонний. У большинства пациентов, кроме отсутствия наружного слухового прохода, ушная раковина была представлена в виде рудимента, у четырех – относительно правильно сформирована, у четырех пациентов она полностью отсутствовала.

Техника операции при атрезии НСП включала формирование костного отдела НСП с раскрытием барабанной полости; мобилизация или создание системы трансмиссии в среднем ухе; тимпанопластика; меатопластика.

В барабанной полости у всех пациентов была обнаружена аномалия строения оссикулярного аппарата: молоточек и наковальня были представлены в виде единого целого, наковальне-стременной сустав был разрушен. Встречался также обнаженный лицевой нерв.

Существует большое количество различных методик реконструктивной отопластики, однако, общепризнанными считаются две: по R.C.Tanzer - B.Brent и по S.Nagata

Мы использовали технику R.C.Tanzer - B.Brent, включающую:

Создание каркаса ушной раковины и ее размещение;

Поворот мочки в нужную позицию;

Приподнятие реконструированной ушной раковины и создание позадиушной борозды;

Углубление раковины и создание козелка.

Совместно с бригадой детских хирургов или торакальных хирургов первым этапом мы выполняли забор хрящевого трансплантата реберной дуги, противоположной отсутствующему уху. Далее из хрящевого фрагмента формировали каркас ушной раковины по макету нормально сформированного уха и имплантировали его подкожно в область, где должна была быть сформирована ушная раковина. Через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования задней поверхности ушной раковины. И заключительным этапом было формирование анатомических элементов наружного уха.

**Результаты и их обсуждение.** 11 пациентам нами была произведена операция по формированию наружного слухового прохода с тимпанопластикой и оссикулопластикой с использованием хрящевой ткани. 10 пациентам мы выполнили трехэтапную отопластику по Брэнту.

В раннем послеоперационном периоде наружный слуховой проход у всех пациентов был сформирован правильно, его наружное отверстие было широким и находилось в соответствии к другим анатомическим ориентирам. Имелась возможность наблюдать неотимпанальный лоскут. У всех пациентов он был целым, находящимся под острым углом к передней стенке наружного слухового прохода, утолщенным, розового цвета.

Через 12-18 месяцев отоскопически наблюдалась стабильная эпидермизация созданного наружного слухового прохода. Неотимпанальная мембрана у всех пациентов приобретала серый цвет, была целой и правильно расположенной. Из 11 прооперированных пациентов мы добились стойкого улучшения слуха у 10. Костно-воздушный интервал до операции составлял 50 дБ, а после операции (12, 24 мес.) мы наблюдали его сокращение до 25 дБ.

Число пациентов с социально-адекватным уровнем слуха составило 63,6%.

У пациентов, которым выполнялась трехэтапная реконструктивная отоластика, удалось сформировать отсутствующую ушную раковину и различные ее анатомические структуры (козелок, противозавиток, мочка).

У одного пациента слух сохраняется на прежнем уровне, что связано с высокой степенью аномалии развития среднего уха.

#### **Заключение**

1. Выполнение меатотимпаноластики позволяет добиться хороших функциональных результатов: сокращение КВИ после операции до 25дБ;

2. Использование различных модификаций методов Brent и Nagata для реконструкции ушной раковины при пороках ее развития позволяет получить положительный психо-эмоциональный результат у пациента;

3. Прогнозирование конечного результата должно быть оценено с учетом анатомических нарушений и данных компьютерной томографии, однако только в процессе операции можно с точностью определить характер нарушений уха в барабанной полости и избрать вариант реконструкции уха;

4. При неэффективности или отрицательной оценке возможностей реконструкции уха во время операции или по результатам предоперационного обследования следует использовать другие способы реабилитации, например, такие как аппараты ВАНА и ушные протезы. Пациенты должны быть информированы о возможных методах перед выбором тактики лечения.

#### **Литература**

1. Балясинская, Г.Л. Хирургическое лечение врожденных пороков развития наружного и среднего уха /Г.Л.Балясинская, М.Р.Богомильский, Ю.М.Овчинников. – Москва, 1999. – 126с.

2. Борисова, Е.В. Врожденная ушная атрезия: клиника и хирургическое лечение / Е.В.Борисова// Наука и практика в оториноларингологии: материалы 3 Российской научно-практической конференции оториноларингологов, Москва, 2004г. - с.244-247.

3. Милешина, Н. Врожденная атрезия наружного слухового прохода у детей: особенности функциональной реабилитации /Н.Милешина// Новости оториноларингологии [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.rusmg.ru/php/content/php?id-1196.pdf>. - Дата доступа 19.02.2008г.

4. Шиленков, А. Опыт хирургического лечения полной атрезии наружного слухового прохода /А.Шиленков// Новости оториноларингологии [Электронный ресурс]. – 2008. – Режим доступа: <http://www.audiologyonline.ru/DL-2/PED=2/.htm/>- Дата доступа 3.03.2008г.