

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

На правах рукописи

УДК:616.21/.22+616.288.7-007.2-053.1-053.2-089.844

ШАЯКУБОВА ЛЕЙЛА БАХОДИРОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РЕКОН-
СТРУКТИВНО-ПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ
ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ РАЗВИТИЯ
УХА И ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ
УШНОЙ РАКОВИНЫ**

14.00.04 – Болезни уха, горла и носа

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени кандидата
медицинских наук**

ТАШКЕНТ - 2005

**Работа выполнена на кафедре лор болезней Ташкентской
медицинской академии.**

Научный руководитель:

Доктор медицинских наук, профессор **Маткулиев Х.М.**

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор **Джаббаров К.Д..**

Доктор медицинских наук **Палванов Б.Б.**

Ведущая организация: Самаркандский медицинский инсти-
тут.

Защита состоится «_____» _____ 2005 года
в _____ час на заседании Специализированного совета Д.087.01.02 по
адресу: (70047, г. Ташкент, ул. Мусаханова, 103) в зале заседаний
Ученого Совета.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкент-
ской медицинской академии.

Автореферат разослан «_____» _____ 2005 г.

Ученый секретарь

специализированного совета,

доктор медицинских наук, профессор

Абдуллаев Ш.Ю.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы. Вопросы анатомо-функционального восстановления врожденных пороков развития уха и травматических повреждений ушной раковины являются актуальной проблемой отоларингологии, челюстно-лицевой и эстетической хирургии.

Несмотря на многочисленные работы, посвященные изучению этиологии, клинических форм, методов хирургического восстановления врожденных и приобретенных дефектов наружного уха, вопросы касающиеся оптимизации способов реконструктивно-пластических операций, до сих пор остаются не решенными. Как известно, при реконструктивно-пластических операциях, наряду с восстановлением функции слуха, часто возникает трудная задача формирования костного отдела слухового прохода. Одним из показателей полноценного формирования наружного слухового прохода является сохранение его анатомической структуры.

Однако в большинстве случаев наблюдается повторное сужение или полная облитерация вновь сформированного слухового прохода М.Р. Богомилский с соавт. (1996) предложили пластику наружного слухового прохода длинным кожным лоскутом на ножке, основание которой находится на уровне верхнего края рудимента ушной раковины. Справедливо отметить, что сами авторы указывают склонность узкого кожного лоскута к рубцеванию с последующим сужением наружного слухового прохода. Другим направлением хирургического способа, исключающего это осложнение, является предложенный А.Л. Ключихиным с соавт.(1999) метод полимерного эндопротезирования наружного слухового прохода. Авторы указывают, что при выполнении различных способов пластических восстановлений наружного слухового прохода, всегда существует опасность повторной послеоперационной облитерации, следовательно, эти способы требуют дальнейшего усовершенствования.

Наряду с этим, различные врожденные и приобретенные дефекты ушных раковин также имеют социальную значимость. Люди с различными дефектами и деформациями ушных рако-

вин всегда чувствуют неполноценность, они чаще подвержены унижению и насмешкам со стороны сверстников, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на их нервно-психическом состоянии. С целью устранения анатомо-эстетического дефекта ушных раковин предложены многочисленные способы, которые требуют индивидуального подхода в каждом отдельном случае, особенно у детей. Вопросы восстановительных операций наружного слухового прохода и ушных раковин являются приоритетным, но одновременно сложным разделом пластической отоларингологии, тем самым требуют постоянного совершенствования. При этом необходимо учитывать возраст больных, этиологические факторы, анатомо-топографические особенности и результаты антропометрических исследований органов слухового аппарата, а также психо-эмоциональное состояние пациентов.

В связи с этим возникает необходимость проведения комплексных исследований состояния органов слухового аппарата и психо-эмоционального статуса больных, совершенствования методов реконструктивно-пластических операций, дающих наибольший анатомо-функциональный и эстетический эффект.

Цель исследования. Совершенствование методов реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушной раковины.

Задачи исследования.

1. Изучить клинические проявления врожденных пороков развития уха и травматических повреждений ушной раковины.
2. Провести сравнительную оценку результатов клинко-аудиологических и компьютерно-томографических исследований при врожденных пороках развития уха.
3. Разработать и внедрить в клиническую практику наиболее оптимальные варианты реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития уха.
4. Совершенствовать методы хирургической коррекции анатомического рельефа ушной раковины при ее оттопыренности и травматических повреждениях.

Научная новизна. Установлены независимо от клинических проявлений врожденных пороков развития уха нарушения слуха с преимущественным поражением звукопроводящей сис-

темы, имеющие существенное значение при проведении реконструктивно-слухоулучшающих пластических операций.

Разработан и внедрен в клиническую практику новый способ пластики наружного слухового прохода двумя кожными лоскутами на питающих ножках, обеспечивающий полное восстановление его выстилки (получена приоритетная справка IAP 2003 1011).

Модифицированы методы коррекции ушной раковины при ее оттопыренности, формирующих рельефную структуру.

Разработаны способы восстановления завитка и мочки ушной раковины при изолированных и комбинированных посттравматических дефектах позволяет получить удовлетворительный анатомо-эстетический результат (получена приоритетная справка IAP 2003 1010).

Практическая значимость. Разработанные способы пластики наружного слухового прохода и ушной раковины обеспечивают получение стойкого клинического эффекта, улучшают условия эпителизации и предупреждают возникновение рубцовых осложнений. Разработанные методы лечения при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушной раковины обеспечат хороший анатомо-функциональный эффект, что имеет большое эстетическое значение.

Внедрение в практику. Результаты внедрены в работу клиники II ТашГосМИ на базе кафедры ЛОР-болезней

Апробация работы. Основные положения работы доложены и обсуждены на заседании научного семинара с участием кафедры лор – болезней II- ТашГосМИ, челюстно-лицевой хирургии (Ташкент 2005 г.), на межкафедральной апробации с участием кафедры ЛОР – болезней II ТашГосМИ с курсом челюстно-лицевой хирургии и кафедры глазных болезней II ТашГосМИ (Ташкент 2005 г.), на межкафедральной апробации с участием кафедр ЛОР – болезней I ТашГосМИ и II ТашГосМИ и кафедры хирургической стоматологии I ТашГосМИ (Ташкент 2005 г.), на объединенном научном семинаре с участием кафедры ЛОР-болезни ТашИУВ, кафедры ЛОР-болезни ТашПМИ, кафедр ЛОР – болезней I и II ТашГосМИ (Ташкент 2005 г.), на II съезде отоларингологов Узбекистана (Ташкент 2005 г.).

Публикация материалов исследования. По теме диссертации опубликованы: 7 печатных работ; 3 журнальные статьи и 4 тезисов в сборниках научных трудов.

Структура и объём диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций. Список литературы включает 186 источников, из них отечественных 83, иностранных 103. Работа изложена на 142 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 18 таблицами, 9 графиками и 27 рисунками. Работа выполнена на базе клиники второго Ташкентского Государственного Медицинского Института.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалом настоящего исследования явились 126 пациентов с врожденными пороками развития уха, травматическими повреждениями ушных раковин, которые находились на стационарном лечении в ЛОР-клинике 2-го ТашГосМИ. Все больные подвергались общеклиническому исследованию с участием педиатров, терапевта, психоневролога и генетика с применением современных методов функциональной диагностики, клинико-лабораторных методов исследования, а также рентгенологических и компьютерно-томографических исследований, фотографирование до и после операции.

Клинический материал был разделен на следующие группы:

1 группа – 66 пациентов с врожденными пороками развития уха (микротия, атрезия наружного слухового прохода),

2 группа – 36 пациентов с оттопыренностью ушных раковин с сглаженностью рельефной структуры,

3 группа – 24 пациента с травматическими повреждениями ушных раковин.

С целью определения конкретного объема и характера реконструктивно-пластических операций и прогнозирования результатов этих вмешательств мы придерживались классификации С.Н. Лапченко (1976 г.), разделяющий пороки развития наружного и среднего уха на локальные пороки, гипогинезию, дисгинезию и смешанные формы. При этом учитывали также синдромальную патологию, как отдельные проявления какого-то синдрома или синдрома I и II жаберной дуги (табл.1).

**Распределение больных по синдромам
n=66**

Название синдрома	Количество больных	%
Синдром Конигсмарка	12	18,1%
Синдром Гольденхара	4	6,0%
Синдром Франческетти-Тричера-Коллинза	2	3,0%
Недифференцированные пороки	48	71,2%

Разнообразие проявление врожденного порока развития уха в виде синдромального характера или недифференцированного диктует необходимость изучения его структур, как в морфологическом, так и в функциональном отношении.

Наши исследования включали в себя проведение акуметрии, компьютерно-томографические, антропометрические исследования. Также изучалось психо-эмоциональное состояние больных.

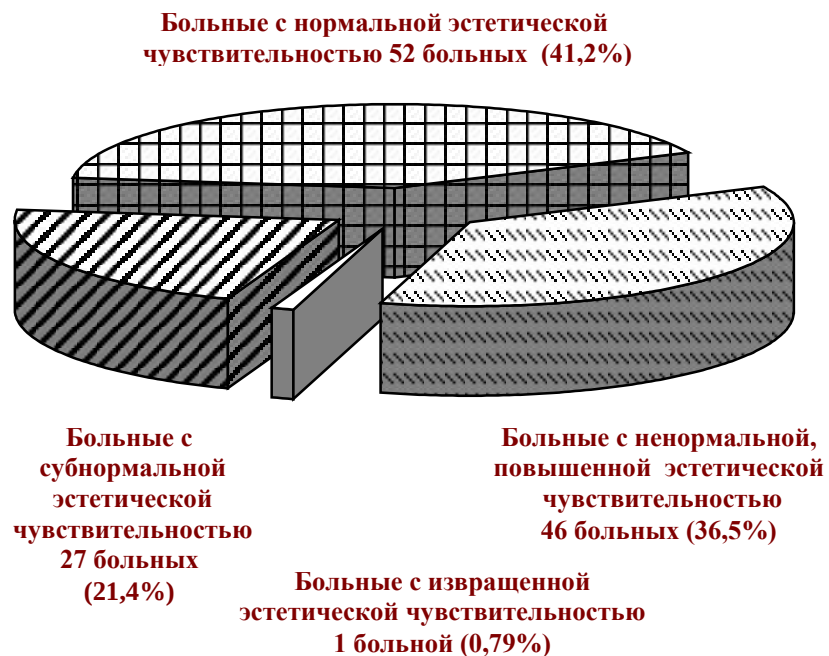
При врожденных пороках развития уха исследования слуха шепотной и разговорной речью проводили по общепринятой методике. Камертональные исследования проводили с помощью камертонов С₁₂₈ и С₂₀₄₈. Из камертональных опытов использовали пробу Вебера, опыты Рене и Швабаха. Аудиологические исследования были выполнены на аудиометре «МА-31» фирмы Klamann и Grachert (Германия). Определялись пороги восприятия звука по воздушной и костной проводимости по всей тон-шкале (от 125 Гц до 8 кГц), по общепринятой методике, учитывая различия в возрастном аспекте обследованных больных и возрастные особенности различия в остроте слуха (Сагалович Б.М., 1975; Лопатко А.И. с соавт, 1986). Наряду с этим всем больным проведены компьютерно-томографические исследования (на базе Первой Центральной поликлиники г. Ташкента) на аппарате фирмы Siemens "Somaton" с шагом сканирования 1 мм параллельно орбитальной линии по программе "Inner ear", благодаря которой была получена высокая информативность данного исследования. Изучая данные компьютерно-томографических исследований, определяли состояние анатомических структур наружного и внутреннего слуховых проходов, состояние

евстахиевой трубы, степень развития сосцевидного отростка, барабанной полости, слуховых косточек и внутреннего уха.

Также проводилось отоневрологическое исследование больных, которое заключало в себе выяснение жалоб больных на нарушение обоняния, вкуса, нарушение глотания и речи, головокружение.

При оценке психо-эмоционального состояния больных до и после операции при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушных раковин нами применялись категории Иозефа, предложенной Д.Н. Андреевой (1971) (диаграмма 1).

Диаграмма 1.



При различных пороках и травматических повреждениях ушной раковины антропометрические исследования являются основным методом, на котором базируется объем реконструктивно-пластических операций. Антропометрические исследования проводились в контрольной группе из 40 практически здоровых лиц в

различных возрастных группах по следующим параметрам, которые приведены в табл.2.

Таблица № 2.

**Антропометрические данные у практически здоровых лиц
по возрастным категориям**

Возраст	от 5 до 7 лет	от 8 до 11 лет	от 11 до 15 лет	от 16 до 25 лет
Раст. м/у углами век	8,58 ± 0,17	8,58 ± 0,17	9,55 ± 0,16	9,50 ± 0,21
Длина носа	4,67 ± 0,17	4,67 ± 0,17	5,55 ± 0,14	5,58 ± 0,19
Раст. м/у углами рта	4,59 ± 0,17	4,59 ± 0,17	5,50 ± 0,14	5,14 ± 0,21
Длина ушной раковины	5,42 ± 0,14	5,42 ± 0,14	5,50 ± 0,18	6,42 ± 0,13
Ширина ушной раковины	2,80 ± 0,08	2,80 ± 0,08	2,66 ± 0,11	2,95 ± 0,09
Высота ладьевидной ямки	2,23 ± 0,10	2,23 ± 0,10	2,17 ± 0,07	2,58 ± 0,06
Раст. м/у завитком сосц./отростком	1,70 ± 0,07	1,70 ± 0,07	2,28 ± 0,14	2,44 ± 0,14
Раст. м/у ладьевидной ямкой и сосц./отростком	0,76 ± 0,13	0,76 ± 0,13	1,59 ± 0,13	1,48 ± 0,18

Из таблицы видно, что определенные параметры антропометрических исследований в возрасте от 5-7 лет и 8-10 лет по всем параметрам отличаются от взрослых, а с 12 лет размеры ушных раковин приближаются к норме.

Всем больным также было проведено антропометрическое исследование, показатели которого сравнивались с показателями контрольных групп, что на наш взгляд дает возможность восстановления естественного рельефа анатомических структур ушных раковин.

Следует отметить, что во всех случаях, то есть, как при врожденных пороках уха, так и травматических повреждениях ушных раковин, нами проведено фотографирование в четырех профилях до

и после операции. Фотографирование является одним из критериев объективизации результатов проведенных реконструктивно-пластических операций.

Таким образом, проведение комплексных исследований больным дает возможность выявления характера врожденных пороков уха и травматических повреждений ушной раковины и выбора методов хирургической реабилитации данным больным.

По диссертационной работе проводились расчеты методами математической статистики по стандартным программам из пакета прикладных программ – Microsoft Excel, «Диаста». Были рассчитаны относительные и средние величины, для сравнительной оценки были использованы критерии Стьюдента.

Результаты собственных исследований.

Анализ данных клинического материала показал, что степени нарушения слуха, независимо от вида порока, могут быть различными и всегда зависели от уровня и тяжести повреждений элементов среднего и внутреннего уха. Данные аудиологических исследований позволили нам условно разделить обследованных 66 больных на 4 группы: в I группу вошли 16 больных средние величины потери слуха, которых по воздушной проводимости на частотах от 125 до 8000 Гц составили: $33,0 \pm 1,0$; $29,15 \pm 0,9$; $38,75 \pm 1,075$. Костная проводимость оставалась в пределах нормы. Во II группу вошли 23 больных, у которых средние величины потери слуха по воздушной проводимости на частотах от 125 до 8000 Гц составили: $36,1 \pm 0,95$; $47,05 \pm 0,85$; $58,95 \pm 1,35$; $59,45 \pm 1,65$. По костной: $10,0 \pm 0,05$; $7,35 \pm 0,7$; $6,4 \pm 0,95$; $11 \pm 0,95$. В III группу вошли 16 больных, средние величины потери слуха которых по воздушной проводимости на частотах 125 до 8000 Гц составили: $71,1 \pm 1,4$; $63,2 \pm 1,3$; $68,3 \pm 0,8$. По костной: $37,15 \pm 1,3$; $20,7 \pm 1,4$; $31,5 \pm 1,13$. В IV группу вошли 11 больных, у которых повышение порога восприятия костно-тканевой и воздушной проводимости были высокими и сопровождалось обрывом как костной, так и воздушной проводимости. Средние величины на частотах 125-8000 Гц составили: по воздушной проводимости: $87,3 \pm 2,4$; $82,2 \pm 1,3$; $94,4 \pm 1,76$, по костной: $45,0 \pm 1,5$; $43,3 \pm 1,4$.

При проведении компьютерно-томографического исследования, анализируя полученные результаты, можно отметить, что при врожденных пороках развития уха, в зависимости от тяжести поро-

ка, прослеживается определенный дефект анатомических структур, как в отдельности, так и в их комбинации.

По данным компьютерно-томографического исследования обследованные больные нами условно разделены на 4 группы. В I группе выявлено резкое сужение наружного слухового прохода в хрящевом и костном отделах, таким больным отоскопию произвести не удалось. Состояние ушной раковины и систем среднего и внутреннего уха оставалось в пределах нормы. Во II группе в отличие от I группы выявлены микротия III-IV степени, атрезия перепончато-хрящевого и костного отделов слухового прохода.

В структуре среднего и внутреннего уха патологических изменений не выявлено. В III группе в отличие от II группы наблюдаются определенные изменения в среднем ухе, в виде уменьшения объема барабанной полости, склерозирования в виде конгломерата цепи слуховых косточек, изменение просвета евстахиевых труб. В IV группе, при наличии пато-морфологических изменений, выявленных в III группе, отмечены гипоплазия нижней челюсти скуловой дуги, барабанной полости и слуховых косточек, также отмечена невыраженная пневматизация сосцевидного отростка, недоразвитие костного лабиринта, резкое сужение внутреннего слухового прохода, просвет евстахиевой трубы не определен.

Таким образом, у больных I-II-III групп, по данным аудиологических и компьютерно-томографических исследований, можно ожидать хорошие функциональные результаты от проводимых реконструктивно-слухоулучшающих пластических операций, а в IV группе проводить реконструктивно-слухоулучшающие операции не желательно, так как результаты от этих операций могут быть сомнительными. Эти больным можно проводить реконструктивно-пластические операции с целью восстановления наружного слухового прохода и ушной раковины.

Результаты исследования психо-эмоционального состояния позволили нам распределить обследованных больных по 4 категориям Иозефа.

I – 27 (21,4%) больных с субнормальной эстетической чувствительностью

II – 52 (42,2%) больных с нормальной эстетической чувствительностью

III – 46 (36,5%) больных с ненормальной повышенной эстетической чувствительностью

IV – 1 (0,79%) больные с извращенной эстетической чувствительностью

Из общего числа больных нами обследовано: 36 больных с оттопыренностью ушных раковин со сглаженностью ее рельефной структуры и 24 больных с посттравматическими дефектами ушных раковин.

Всем больным было проведено антропометрическое исследование (табл.3, 4).

Таблица № 3.

**Антропометрические данные у лиц
с оттопыренными ушными раковинами**

		До операции	После операции
Раст. м/у углами век		$9,25 \pm 0,14$	--
Длина носа		$5,51 \pm 0,12$	--
Раст. м/у углами рта		$5,27 \pm 0,12$	--
Длина ушной раковины	АД	$6,10 \pm 0,16$	$6,10 \pm 0,16$
	АС	$6,09 \pm 0,15$	$5,99 \pm 0,18$
Ширина ушной раковины	АД	$3,20 \pm 0,08$	$3,08 \pm 0,06$
	АС	$3,23 \pm 0,08$	$3,07 \pm 0,07$
Высота ладьевидной ямки	АД	$2,73 \pm 0,07$	$2,74 \pm 0,07$
	АС	$2,73 \pm 0,08$	$2,76 \pm 0,08$
Раст. м/у завитком сосц./отростком	АД	$3,47 \pm 0,06$	$2,98 \pm 0,66$
	АС	$3,43 \pm 0,08$	$2,31 \pm 0,05$
Раст. м/у ладьевидной ямкой и сосц./отростком	АД	$2,64 \pm 0,07$	$1,66 \pm 0,04$
	АС	$2,61 \pm 0,09$	$1,66 \pm 0,04$

**Антропометрические данные у лиц
с посттравматическими дефектами**

		До опера- ции	После опе- рации
Раст. м/у углами век		$9,20 \pm 0,20$	--
Длина носа		$5,49 \pm 0,24$	--
Раст. м/у углами рта		$5,10 \pm 0,18$	--
Длина ушной раковины	АД	$5,20 \pm 0,25$	$5,53 \pm 0,20$
	АС	$5,19 \pm 0,22$	$5,45 \pm 0,21$
Ширина ушной раковины	АД	$2,87 \pm 0,16$	$2,83 \pm 0,07$
	АС	$2,66 \pm 0,08$	$2,78 \pm 0,06$
Высота ладьевидной ямки	АД	$2,29 \pm 0,09$	$2,37 \pm 0,07$
	АС	$4,43 \pm 0,15$	$2,33 \pm 0,08$
Раст. м/у завитком сосц./отростком	АД	$2,13 \pm 0,09$	$2,08 \pm 0,07$
	АС	$2,03 \pm 0,08$	$2,01 \pm 0,08$
Раст. м/у ладьевидной ямкой и сосц./отростком	АД	$1,60 \pm 0,09$	$1,56 \pm 0,07$
	АС	$1,48 \pm 0,08$	$1,45 \pm 0,08$

При проведении пластических операций нами учтены результаты антропометрических исследований, что на наш взгляд дает возможность восстановления естественного рельефа анатомических структур ушных раковин.

Результаты лечения больных с врожденными пороками развития уха и травматическими повреждениями ушных раковин

Единственным способом лечения больных с данной патологией является – хирургический, так как он позволяет восстановить слух, провести косметическую реабилитацию и социальную адаптацию.

Реконструктивно- слухоулучшающие пластические операции включали в себя: проведение слухоулучшающих операций: тимпанопластика – 6 больных; тимпанопластика с колумелизацией – 53 больных; стапедопластика - 5 больных; фенестрация лабиринта с экранированием медиальной стенки барабанной полости – 4 боль-

ных, с пластикой наружного слухового прохода и базиса для ушной раковины и реконструктивно-пластические операции с целью восстановления как наружного слухового прохода, так и ушной раковины при оттопыренности и травматических повреждениях.

Нами разработаны и проведены следующие методы реконструктивно-пластических операций :

I метод – пластика наружного слухового прохода с частичным восстановлением ушной раковины с помощью 2-х кожных лоскутов на питающих ножках, выкроенных в области сосцевидного отростка с помощью основного нижнего кожного лоскута длиной 6,5-7 см, шириной у дистальной части 1,5 см, у основания – 2,5 см, производилась пластика сформированного наружного слухового прохода с помощью верхнего кожного лоскута, длиной 2,5 – 3 см, шириной 1,5 см производилось формирование верхнего полюса ушной раковины и частичное прикрытие дефекта ранки рудимента задне-верхней части слухового прохода.

II метод – пластика ушной раковины с восстановлением противозавитка с его ножками.

III метод - пластика ушной раковины при дефекте завитка с помощью широкого трапецевидного кожного лоскута, выкроенного на задней поверхности ушной раковины и 2-х треугольных кожных лоскутов, выкроенных в области сосцевидного отростка позади ушной раковины.

IV метод - пластика ушной раковины при комбинированном дефекте завитка и мочки уха с помощью широкого крестообразного кожного лоскута, выкроенного позади ушной раковины длиной, соответствующей дефекту.

В послеоперационном периоде швы и фиксирующие тампоны удалялись на 10-11 день, после полученной антибактериальной терапии.

Результаты аудиологических исследований в послеоперационном периоде представлены в табл. 5.

В отдаленном периоде (от 2 до 5 лет) под нашими наблюдением находились 38 больных. У 2-х больных отмечено ухудшение слуха, причиной которого явилось сужение наружного слухового прохода.

Хирургическая коррекция ушных раковин дала положительные результаты, судя по антропометрическим исследованиям, про-

веденным в послеоперационном и отдаленном (от 1 до 5 лет) периодах, и благоприятно повлияла на психо-эмоциональное состояние больных.

Таблица № 5.
Результаты аудиологических исследований у больных с врожденными пороками развития уха до и после реконструктивно- слухоулучшающих операций

Провод- ть	Гц группы	Воздушная							
		125	250	500	1000	2000	4000	6000	8000
1	до опер.	36,0 ±1,2	30,0 ±0,8	28,0 ±0,6	30,5 ±1,2	38,0 ±1,0	40,0 ±1,1	39,0 ±1,2	38,0 ±1,0
	после опер.	18,5 ±1,0	35,3 ±0,9	10,7 ±0,7	13,5 ±1,0	18,0 ±0,8	21,0 ±1,6	19,5 ±1,6	18,0 ±1,4
2	до опер.	39,6 ±1,0	35,3 ±0,9	43,8 ±0,8	50,3 ±0,9	53,1 ±1,2	64,8 ±1,5	59,1 ±1,7	59,8 ±1,6
	после опер.	19,0 ±0,1	18,7 ±0,7	25,0 ±0,7	27,0 ±0,7	29,7 ±1,1	40,7 ±1,1	43,3 ±0,9	45,0 ±0,8
3	до опер.	71,1 ±1,4	71,1 ±1,4	63,2 ±1,3	63,2 ±1,3	63,2 ±1,3	68,2 ±0,8	68,2 ±0,8	68,6 ±1,0
	после опер.	54,3 ±1,7	50,7 ±1,8	32,9 ±3,0	33,2 ±3,1	53,6 ±1,1	57,5 ±0,9	57,5 ±0,6	57,1 ±1,0
4	до опер.	87,8 ±2,4	87,8 ±2,4	82,2 ±1,3	82,2 ±1,3	82,2 ±1,3	94,4 ±1,76	94,4 ±1,76	94,4 ±1,76
	после опер.	80,0 ±2,3	80,0 ±2,3	75,0 ±2,1	76,7 ±1,9	75,8 ±1,6			

Заключение: результаты клинических исследований, посвященных изучению реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушной раковины позволили определить следующие **положения, выносимые на защиту:**

- I. В диагностике и выборе методики реконструктивно-пластической операции у больных с врожденными пороками развития уха (микротия, атрезия наружного слухового прохода) решающее значение имеют показатели аудиометрических и компьютерно-томографических исследований.

- II. У больных с микротией, атрезией наружного слухового прохода проведение реконструктивно-слухоулучшающих операций с пластикой наружного слухового прохода двумя кожными лоскутами на питающих ножках обеспечивает полную эпителизацию наружного слухового прохода и предупреждает послеоперационные осложнения.
- III. Корректирующие операции при оттопыренности ушных раковин с формированием противозавитка с ножками, использование трапецевидного и лепесткообразного лоскутов при посттравматических повреждениях завитка и мочки уха восстанавливают рельефную структуру ушной раковины и дают хороший косметический эффект.

ВЫВОДЫ

1. При планировании проведения реконструктивно-слухоулучшающих пластических операций необходимо изучить функциональное состояние СА структурных элементов наружного, среднего, внутреннего уха и височной кости с использованием аудиологических и компьютерно-томографических исследований.
2. У больных с односторонними врожденными пороками развития уха оперативные вмешательства можно проводить с 7 лет и выше, с двухсторонними пороками с 6 лет для раннего восстановления психоэмоционального и речевого развития ребенка.
3. Проведение пластики с формированием наружного слухового прохода с помощью верхнего и нижнего кожного лоскута на питательной ножке дает хороший функциональный эффект и эпителизацию наружного слухового прохода, предупреждает возникновение послеоперационных осложнений.
4. Проводимые нами реконструктивно-пластические операции при врожденных пороках ушной раковины с формированием противозавитка с ножками и сокращением угла между ушной раковиной и сосцевидным отростком, восстанавливает рельеф

ефную структуру ушной раковины и дает хороший эстетический результат.

5. Использование трапецевидного лоскута на питающей ножке при повреждениях завитка и лепесткообразного лоскута при повреждениях завитка и мочки ведет к хорошему приживлению кожного трансплантата восстановлению анатомической формы завитка и мочки, и предупреждает послеоперационные осложнения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Дети с врожденными пороками развития уха должны пройти комплексное исследование в медико-генетическом кабинете для установления синдромальности патологии, у психоневролога, сурдолога для определения прогноза и выбора способа реконструктивно-пластических операций.
2. Для определения объема оперативного вмешательства рекомендуется учитывать клинические проявления порока, данные аудиометрических и компьютерно-томографических исследований.
3. Для лучшей социальной адаптации и хорошего функционального эффекта при одностороннем пороке рекомендуется начинать оперативное вмешательство в возрасте 7 лет и выше, а при двухстороннем - с 6 лет.
4. Для достижения приживляемости трансплантата и сокращения времени пребывания в стационаре при атрезии наружного слухового прохода рекомендуется: произвести пластику с помощью верхнего и нижнего кожного лоскута на питающей ножке.
5. Для восстановления рельефной структуры ушной раковины при оттопыренности рекомендуется: формирование противозавитка с ножками из хрящевой основы самой ушной раковины. Для восстановления дефекта завитка и мочки уха – использование трапецевидного и лепесткообразного лоскутов на питающих ножках, выкроенных по задней поверхности ушной раковины и заушной области.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Анатомо-морфологическая характеристика структур уха при врожденном пороке развития по данным КТ-исследования // Журнал «Стоматология». -2005.- №1-2.- С.61-62.
2. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Ташки ва урта кулок ривожланиш нуксонларида пластик кайта тиклаш операциялари // Журнал «Патология». -2004.-№2.-С. 75-78.
3. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Хирургическая коррекция структурных образований ушной раковины при травматических повреждениях // Журнал «Медицина Узбекистана». - 2004.- №1-2.- С.13-15.
4. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Пластическая хирургия при травматических повреждениях ушных раковин // Медико-социальная реабилитация инвалидов. –Ташкент, 2003.-С. 138.
5. Шаякубова Л.Б. Роль наследственных факторов в развитии врожденных пороков наружного и среднего уха // Материалы научно-практической конференции. –Ташкент, 2003.- С.132-133.
6. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Медико-генетические и аудиологические исследования в прогнозировании результатов реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития наружного и среднего уха // Актуальные вопросы современной медицины.- Ташкент, 2002.-С.101-102.
7. Шаякубова Л.Б., Маткулиев Х.М. Хирургическое лечение торчащих ушных раковин // Материалы научной конференции молодых ученых – II ТашГосМИ.- Ташкент, 2001.-С.56.

Соискатель:

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Шаякубовой Лейлы Баходировны на тему: «Совершенствование методов реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушной раковины», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.00.04 - болезни уха, горла и носа.

Ключевые слова: наружный слуховой проход и ушная раковина.

Объект исследования: 126 больных: из них 66 - с врожденными пороками развития уха, 36 - с оттопыренностью ушных раковин, 24 - с травматическими повреждениями ушной раковины.

Цель исследования: Совершенствование методов реконструктивно-пластических операций при врожденных пороках развития уха и травматических повреждениях ушной раковины.

Методы исследования: рентгенография сосцевидных отростков; компьютерная томограмма; аккуметрия; аудиометрия; антропометрические исследования; генетическое исследование; исследование психо-эмоциональных состояний.

Полученные результаты и их новизна: разработан и внедрен в клиническую практику новый способ пластики наружного слухового прохода при помощи двух кожных лоскутов на питающих ножках, обеспечивающий полное восстановление его выстилки и исключающий послеоперационные осложнения (получена приоритетная справка IAP 2003 1011). Модифицированы методы коррекции ушной раковины при ее оттопыренности, формирующих рельефную структуру и исключающие ношение фиксирующих повязок. Разработаны способы восстановления завитка и мочки ушной раковины при изолированных и комбинированных посттравматических дефектах, что позволяет получить удовлетворительный анатомо-эстетический результат (получена приоритетная справка IAP 2003 1010).

Практическая значимость работы: разработанные способы пластики наружного слухового прохода и ушной раковины обеспечат получение стойкого клинического эффекта, улучшат условия эпителизации и предупредят возникновение рубцовых облитераций, обеспечат хороший анатомо-функциональный эффект, что имеет большое эстетическое значение.

Степень внедрения: результаты внедрены в работу ЛОР-клиники II ТашГосМИ.

Область применения: отоларингология.

ABSTRACT

of Thesis of Shayakubova Leyla Bakhodirovna on the theme: “Enhancement of Reconstructive-Plastic Operations Methods at Congenital Malformation Development of Ear and at Traumatic Injury of Auricle”, presented for competition of Ph. D. Degree in medicine on the specialty 14.00.04 – ear, throat and nose diseases.

Key words: External Acoustic Meatus and Auricle.

Research object: 126 patients: 66 of them suffered from congenital malformation development of ear, 36 suffered from squarrose auricles, 24 suffered from traumatic injury of auricles.

Purpose of research: Improvement of Reconstructive-Plastic Operations Methods at Congenital Malformation Development of Ear and at Traumatic Injury of Auricle.

Research methods: Roentgenography of mammillary processes; computer tomogram; acumetry; audiometry; anthropometric examinations; genetic examinations; examination of psycho-emotional conditions.

Received results and their novelty: A new method of plastic of external acoustic meatus has been developed and implemented into clinic practice with the help of two skin flap on feeder legs, which provides full restoration of its lining and this method eliminates postoperative complications (An acknowledgment of receipt IAP 2003 1011 has been received). Methods of Auricle correction during its squarrose has been modified, and these methods form relief structure and eliminate wearing of fixed bandages. Methods of restoration of helix and lobule of auricle have been developed. These methods are used to restore isolated and combined posttraumatic defects, and these methods allow to obtain satisfactory anatomic-aesthetic results (An acknowledgment of receipt IAP 2003 1010 has been received).

Practical significance of works: The developed methods of plastic operation of external acoustic meatus and of auricle provide stable clinical effect, improve epithelization conditions and prevent from occurring of cicatricial obliterations, and provide good anatomic-functional effect, which is of high aesthetic significance.

Degree of implementation: The results are implemented at otorhinolaryngologic clinic of Second Tashkent State Medical Institute.

Field of application: Otorhinolaryngology.

Тиббиёт фанлари номзоди илмий даражасига талабгар **Шаякубова Лейла Баходировна**нинг 14.00.04-кулоқ, томоқ ва бурун касалликлари ифтисослиги «Кулоқ ривожланишининг туғма нуқсонлари ҳамда травматик шикастланган кулоқ супрасини реконструктив-пластик операция қилиш услубларини такомиллаштириш» мавзусидаги диссертация ишининг

ҚИСҚАЧА МАЗМУНИ

Очқич сўзлар: Ташқи эшитиш йўли ҳамда кулоқ супраси.

Тадқиқот объекти: 126 нафар бемор: улардан 66 тасида кулоқ супрасини ривожланишида туғма нуқсонлари бўлган, 36 тасида кулоқ супрасининг тарвақайлаш ҳолати мавжуд, 24 тасида кулоқ супрасининг травматик шикастлари бўлган.

Тадқиқот мақсади: Кулоқ супрасини туғма ва жароҳатдан сўнг шакл бузилишларини реконструктив-пластик услубларини такомиллаштириш.

Тадқиқот услублари: Сўргичсимон ўсиқларни рентгенография қилиш; компьютер ёрдамида томограмма қилиш, акуметрия, аудиометрия, антропометрик тадқиқот, генетик тадқиқот, руҳий эмоционал аҳволини тадқиқ этиш.

Қўлга киритилган натижалар ва уларнинг янгилиги: Икки озикланувчи терини лахтаклари билан ташқи эшитув йўлини тўлиқ тиклаш усули ишлаб чиқилди ва амалиётга тадбиқ қилинди (Приоритет маълумотномаси олинган: IAP 2003 1011). Кулоқ супрасининг рельеф тузилишини шакллантириш ҳамда кулоқ супрасининг дўппайишини тўғрилаш услублари модификациялаштирилди. Кулоқ супрасининг гардиши ҳамда солинчакни алоҳида ёки биргаликда шикастланганда уларни тиклаш услублари ишлаб чиқилди. Бу эса анатомик ва эстетик жиҳатдан қониқарли натижаларни қўлга киритиш имконини яратади (Приоритет маълумотномаси олинган: IAP 2003 1010).

Тадқиқотнинг амалий аҳамияти: Ишлаб чиқилган, кулоқ ташқи эшитиш йўлини ҳамда кулоқ супрасини пластик қилиш услублари турғун клиник натижаларни қўлга киритиш имконини яратади, эпителизация шароитини яхшилайдди ҳамда чандиқли облитерация шаклланишининг олдини олади, яхши анатомик ва функционал натижа қўлга киритадиган имкон яратди.

Жорий қилиш даражаси: Олинган натижалар II ТошДавТИ ЛОР-клиник шифохонаси фаолиятига жорий қилинган.

Қўлланиш соҳаси: Отоларингология.

Формат А5. Объем 1,0 п.л. Тираж 100 экз.

Отпечатано в минитипографии Управления делами АН РУз:
700047, Ташкент, ул. акад. Я. Гулямова, 70.