

Осложнения после отопластики

Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Ранние осложнения

■ Боль (греч. «dolor»)

В послеоперационном периоде боль может быть оценена, как наиболее частое его осложнение. Сильные боли в области ушей в первые двое суток после операции свидетельствуют, как правило, об избыточном давлении повязок, а также о развитии гематомы. Периодически возникающие болевые ощущения могут быть связаны с регенерацией чувствительных ветвей большого ушного нерва или других чувствительных нервов. Чтобы облегчить послеоперационный период пациента назначаются НПВС парентерально или per os ([декскетопрофен](#), нимесулид). Так же можно обколоть вокруг ушной раковины после окончания оперативного вмешательства 0,5% раствором маркаина с адреналином в концентрации 1:200000.

Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Ранние осложнения

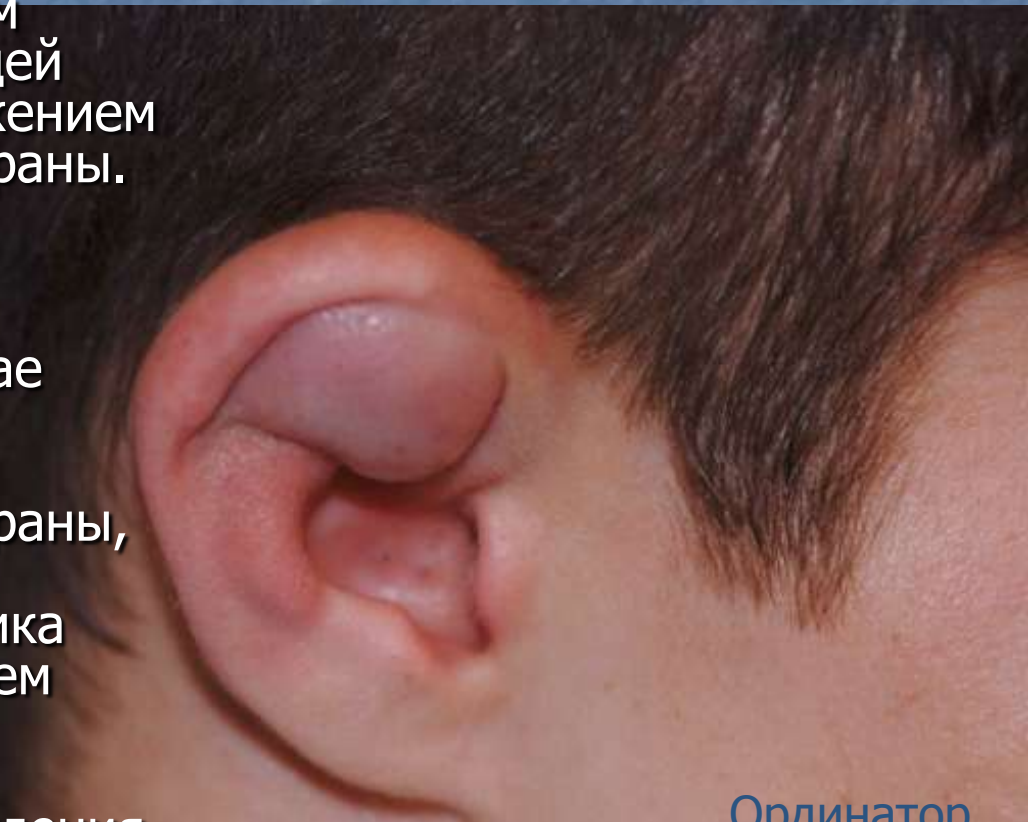
■ *кровотечение*

Главная из причин этого осложнения — некачественный гемостаз на этапах оперативного вмешательства. Нередко это случается при грубом механическом воздействии на повязку и ушные раковины (удар, нарушение повязки во сне и т.п.). Если кровотечение не удастся остановить физикальными методами (холод, давление и т.п.), то выполняется ревизия раны и устраняется источник кровотечения

Ранние осложнения

■ Гематома

Характеризуется появлением распирающей и пульсирующей боли, синюшностью, напряжением тканей и кровотечением из раны. Для предупреждения этого осложнения выполняют тщательный гемостаз электрокоагуляцией. В случае возникновения гематомы её удаление производят путём пункции, разведения краёв раны, дополнительной электрокоагуляцией источника кровотечения, дренированием раны. Назначаются гемостатические средства, антибиотики для предупреждения воспаления.



Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Ранние осложнения

■ Воспаление

Боли, выраженный отек и гиперемия кожи в области операционной раны, появление гнойного отделяемого свидетельствуют о развитии инфекционного процесса, что может привести к некрозу хряща.

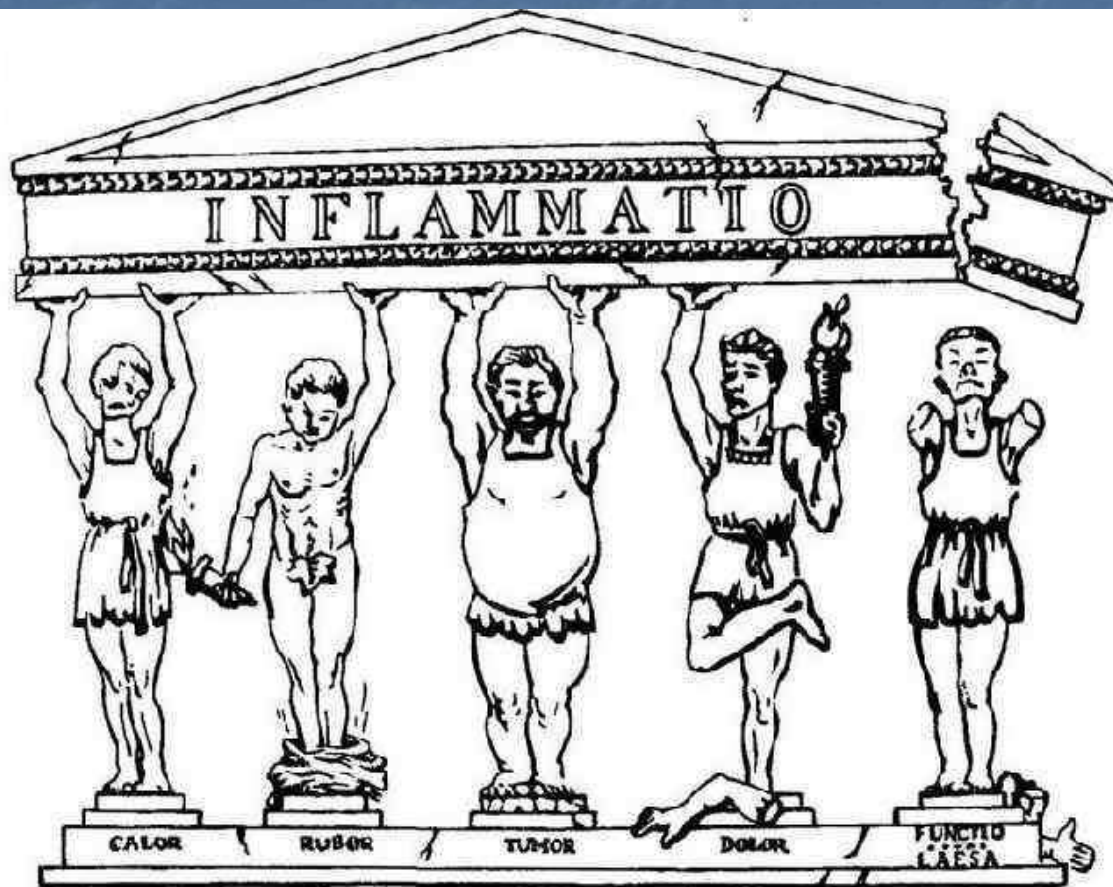


Рис. 12.1. Кардинальные признаки воспаления по Цельсу и Галену.

Раневую инфекцию необходимо лечить интенсивно, не дожидаясь развития перихондрита или хондрита. Принципы лечения состоят в системной антибиотикотерапии, хирургической обработке некротизированной ткани и дренировании.

Гнойное воспаление



ОТЗОВИК

Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Ранние осложнения

■ *эпидермолиз и мацерация эпителия*

Широкая отслойка может быть причиной нарушения трофики кожи с последующим эпидермолизом и мацерацией кожи чаще по передней поверхности и краю завитка. Мацерация также может возникнуть при наложении слишком тугой повязки. После снятия повязки назначают аппликации кератопластических средств (облепиховое масло, масляный раствор витамина А и др.)

Как правило через 5-7 дней эпителиальные покровы полностью восстанавливаются.

Ранние осложнения

■ *аллергические реакции*

У некоторых пациентов могут возникнуть аллергические реакции на йодоформ, ксероформ или мази, содержащие антибиотики, которые используются при наложении повязок на послеоперационные раны. Для купирования аллергического воспаления убирается аллерген, подбираются другие антисептические средства не вызывающие подобных реакции и назначают антигистаминные средства (супрастин, цетиризин).

Перихондрит

- Серьёзное осложнение которое возникает на фоне инфекционного процесса и при неправильном лечении ведущее к некрозу хрящевой ткани.

Профилактика: обильное промывание раны растворами антисептиков (хлоргекседин), антибактериальные мази на линию швов, препараты улучшающие трофику и микроциркуляцию тканей.



Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Поздние осложнения

■ *асимметрия и неполная коррекция*

Асимметрия считается заметной, когда разница в величине отстояния ушных раковин превышает 3 мм. Подобных осложнений удастся избежать, если на этапе моделирования хряща постоянно измерять расстояние от края хряща до кожи над сосцевидным отростком и заканчивать операцию, только убедившись, что получены точные пропорции, а асимметрия не превышает 1—2 мм. При сочетании с «шовными» методами причиной асимметрии или неполной коррекции может быть несостоятельность швов (прорезывание, разрыв, растягивание или рассасывание шовного материала), которое в большинстве случаев возникает в следствии неправильного наложения швов, избыточного натяжения ушного хряща или инфекции. Таким образом, чтобы избежать подобных осложнений хирург должен точно выполнять оперативные приёмы, порой сочетающие комбинацию оперативных методов с учётом индивидуальных особенностей пациентов.

Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Поздние осложнения

■ *гипертрофический и келоидный рубцы*

В основном возникают после выполнения разрезов и иссечения кожи в области заушной складки. При любой методике отоластики, когда заушный разрез ушивается с избыточным натяжением, может наблюдаться гипертрофия рубца. Консервативное лечение заключается в назначении мазей контрактубекс, имофераз, внутрикожное введение кортикостероидов. При формировании грубых деформации производят экономное иссечение в пределах рубца. Также рецидивирующие келоиды успешно лечатся малыми дозами радиотерапии 400 – 600 рад.



Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Поздние осложнения

■ *лигатурные свищи*

Возникают при использовании «шовных» методов отоластики. Осложнения, как правило, обнаруживаются при длительном выделении серозно-гнойного отделяемого из одной или нескольких точек по линии рубца вследствие фитильности шовного материала или пролежней в местах тесного соприкосновения узла нити с тонкой кожей ушной раковины. Для того чтобы сократить риск таких осложнений, рекомендуется как можно реже прибегать к «шовным» методам выполнения отоластики, а при необходимости использовать прочные, светлые мононити, толщиной не более 3/0. Осложнение устраняется путем удаления проблемной нити или лигатуры, что, в свою очередь, может привести к утрате коррекции и асимметрии.

Ординатор

Костенко К.Г. 4 гр.

Спасибо за внимание