

ХИРУРГИЯ

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТОРЧАЩИХ УШЕЙ У.А.Курбанов, И.З.Саидов, А.А.Давлатов, С.М.Джанобилова Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии МЗ РТ; кафедра хирургических болезней №2 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В работе обобщён опыт авторов при хирургическом устранении торчащих ушей у 61 пациента. Применяя наиболее популярные способы отоластики в изолированном виде и их сочетании, пришли к заключению, что оптимальным подходом является предложенный авторами способ отоластики накладыванием П-образных швов для формирования противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины и подшиванием конхи к фасции сосцевидного отростка через задний доступ.

Ключевые слова: торчащие уши, оттопыренность, отоластика

Введение. Видимые косметические недостатки ушных раковин причиняют огорчения и переживания их обладателям. Люди с деформациями ушных раковин всё своё внимание сосредотачивают на них, они настроены мрачно, нередко становятся неуравновешенными, а иногда проявляют более глубокие психические расстройства. Такие лица сторонятся людей, замкнуты, быстро раздражаются и нередко теряют самоуверенность [1]. Особенно дети с данной патологией могут быть объектом насмешек и издевательств со стороны сверстников. У ребёнка из-за этого понижается самооценка, появляется психологический комплекс, который может превратить милого дружелюбного человека в замкнутое тихое существо [4,7].

Торчащие уши - наиболее часто встречающаяся форма деформации ушной раковины врождённого характера, наследуемая по аутосомно-доминантному типу. Частота выявления этой патологии среди населения, по данным ряда авторов, составляет от 5% до 13,5% [4,10,16]. Деформация может быть обусловлена следующими причинами: 1) избыточной высотой конхи; 2) недоразвитием складки противозавитка и 3) сочетанием увеличенного конхального углубления со сглаженностью противозавитка [13]. По данным А.Т. Груздевой (1968), в 90,3% случаях торчащие уши обусловлены недоразвитием противозавитка и его ножки [2].

Проблема лечения этой деформации занимает ведущее место в разделе эстетической хирургии. В настоящее время для коррекции данной патологии предложено более 200 методик.

Среди них некоторые способы являются базисными, а другие способы – модификацией или комбинацией существующих методик [5,6,9,11,12,15,18,21-23]. Все хирургические методы устранения торчащих ушных раковин можно объединить в несколько основных групп: иссечение полоски хряща (Пассов А., 1928; Эйтнер Э., 1936), нанесение насечек и истончение хряща (Stenstrom S.J., 1963; Walter C., 1994), шовная пластика (Mustarde J.C., 1963; Furnas D.W., 1968; Bull T.R., Mustarde J.C., 1985) и комбинация вышеперечисленных способов (Converse I. et al., 1955; Chongchet V., 1963; Kaye B.L., 1967; Tramier H., 1997; Bauer B.S. et al., 2002).

Несмотря на предложенные многочисленные способы оперативных вмешательств, что само по себе свидетельствует о нерешённости проблемы хирургического устранения торчащих

ушей, отдалённые результаты оперативных вмешательств остаются не вполне удовлетворяющими хирургов и пациентов. В связи с этим, на сегодняшний день проблема остаётся актуальной, что побуждает проведение исследования в данном направлении.

Цель работы - улучшение результатов хирургического лечения торчащих ушных раковин.

Материал и методы. В отделении реконструктивной и пластической микрохирургии РНЦСиГХ за период с 1990 по 2010 гг. обследован и подвергнут оперативному лечению 61 больной с торчащими ушными раковинами в возрасте от 5 до 38 лет. Из них мужчин было 35, женщин - 26. Наибольшую группу составили больные в возрасте от 16 до 25 лет - 35 (57,4%). Двухстороннее проявление отмечено у 56 (91,8%) больных, одностороннее - у 5 больных (8,2%) (4-правостороннее, 1- левостороннее).

Степень деформации торчащих ушных раковин нами определена по классификации Груздевой А.Т. [2]. Полученные данные представлены в таблице 1.

По данным представленным в вышеприведённой таблице, преобладал удельный вес пациентов с деформацией II (57,37%) и III степеней (31,15%).

Таблица 1

Распределение больных по степени выраженности торчащих ушных раковин

Степень деформации	Двухсторонняя	Правосторонняя	Левосторонняя	Всего
I степень	7	-	-	7
II степень	30	4	1	35
III степень	19	-	-	19
Всего	56	4	1	61

Оперативное вмешательство взрослым выполнялось под местной анестезией в сочетании с нейрорептанальгезией. Дети до 15 лет оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Всего у 61 пациента оперировано 117 ушных раковин.

Выбор методики оперативной коррекции торчащей ушной раковины нами производился индивидуально, в зависимости от степени деформации ушной раковины и её причины. В большинстве случаев способ выполнения операции определялся решением существующих проблем с сочетанным применением методик – иссечение хряща ушной раковины, шовной отопластики, рифления или нанесения насечек на передней поверхности хряща. Способы отопластики, применённые нами при устранении торчащих ушных раковин, представлены в таблице 2.

По данным, представленным в таблице 2, 84,6% ушных раковин оперированы комбинированными способами с применением техники иссечения хряща, шовной пластики и нанесения насечек или рифления хряща.

В начале деятельности отделения чаще использовали передний доступ, который применён у 9 больных. Под местной анестезией 1% раствором лидокаина с добавлением адреналина 1:200000 выполняли продольный разрез длиной 5 см у складки завитка с мобилизацией кожи и подкожной клетчатки от края хряща до полости собственно ушной раковины (конхи). При помощи бормашины производили рифление (истончение) хряща в области противозавитка и его латеральной ножки. П-образными швами в количестве от 1 до 4 атравматической нитью 3/0 (бесцветная) сформировали новую складку тела и латеральной ножки противозавитка, тем самым устраняли оттопыренность ушной раковины.

Таблица 2

**Примененные способы отоластики
при торчащих ушных раковин**

Способ отоластики	Двухсто- ронняя	Правосто- ронняя	Левосто- ронняя	Всего
Эйтнер-Груздевой	2	-	-	2
Converse	4	-	-	4
Mustarde	12	2	-	14
Иссечение хряща+ швы по Mustarde	8	1	1	10
Предложенный способ отоластики	50	1	-	51
Kaye (Stenstrom +Mustarde)	18	-	-	18
Швы по Mustarde+ Furnas	14	-	-	14
Иссечение хряща+ шов по Furnas	2			2
Шов по Furnas+ шов мочки	2	-	-	2
Всего	112	4	1	117

В 52 случаях нами отоластика выполнена из заднего доступа, в том числе, в 8 случаях отоластику выполняли способом Мустарде в изолированном виде. В 7 случаях произведена шовная пластика сочетанием способов Мустарде и Фурнас. Наложение П-образных швов на хрящ области противозавитка в 6 случаях сочетали с резекцией хряща у основания ушной раковины.

Учитывая недостатки этих способов, связанных со сложностью в придании оптимального положения ушной раковины, нами разработан способ отоластики, сочетающий шовные способы с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины. Операция начата с предварительной маркировки линии разреза и участка иссекаемой кожи по задней поверхности ушной раковины. Затем произведена инфильтрация и трансхрящевая гидропрепаровка кожи передней поверхности ушной раковины, в том числе и области конхи 1% раствором лидокаина с добавлением раствора адреналина 1:200000. По маркированным линиям листовидно иссечена кожа и подкожная клетчатка задней поверхности ушной раковины. Заднюю поверхность хряща ушной раковины в латеральную и медиальную сторону отделяли от кожи и мышц позадиушной области. Резецировали соответствующий участок хряща раковины. При помощи инъекционной иглы, окрашенным раствором бриллиантовой зелени, маркировали центр предполагаемой новой позиции противозавитка. Наложением П-образных швов бесцветной атравматичной нитью 3/0 по задней поверхности формировали новую складку тела и ножек противозавитка, достигая их более проксимальной позиции с выраженной кривизной. Далее одним П-образным швом конху подшивали к фасции сосцевидного отростка, чем добивались дополнительное приближение ушной раковины к голове. Кожу ушивали непрерывными или узловыми швами (Удостоверение на рационализаторское предложение № 3255/R471). Операция производилась симметрично с обеих сторон. Этим способом оперировали 26 пациентов на 51 ушной раковине.

В послеоперационном периоде после снятия кожных швов, пациентам рекомендовали в течение одного месяца носить спортивную эластическую ленту для фиксации ушных раковин в прижатом к голове положении.

Результаты и их обсуждение. Непосредственные результаты хирургической коррекции торчащих ушей наблюдали у всех оперированных больных. Ближайший послеоперационный период у 59 (96,7%) больных протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Больные находились в стационаре в среднем от 1 до 6 суток. Кожные швы снимались на 8-10 сутки после операции в амбулаторных условиях.

Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде отмечались на двух оперированных ушных раковинах (1,7%) в виде подкожной гематомы в области операционной раны на вторые сутки, которые опорожняли через рану. В обоих случаях раны заживали первичным натяжением без повторного скопления гематомы.

Отдалённые результаты наблюдали у 56 (91,8%) пациентов в сроках от 6 месяцев до 12 лет после операции. Результаты оценивали по субъективным и объективным критериям (антропометрией ушной раковины, измерением ушно-головного расстояния в трёх точках, величины скафококхального угла с двух сторон и фотодокументацией). Согласно этим критериям у 53 (94,6%) пациентов отмечены отличные и хорошие результаты (рис. 1-5).



Рис.1. Торчащие уши II степени (а и б) и отдалённый результат отоластики через 8 месяцев (в и г)

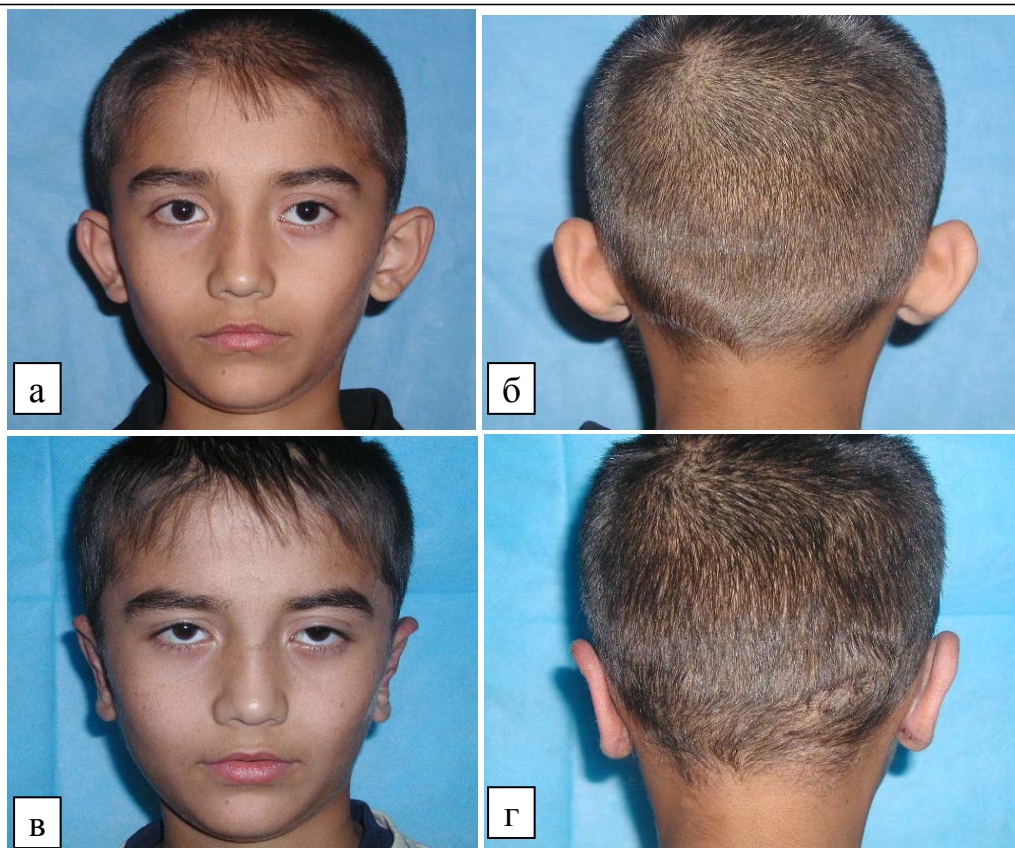


Рис.2. Торчащие уши III степени (а и б) и отдалённый результат отопластики через 6 месяцев (в и г)

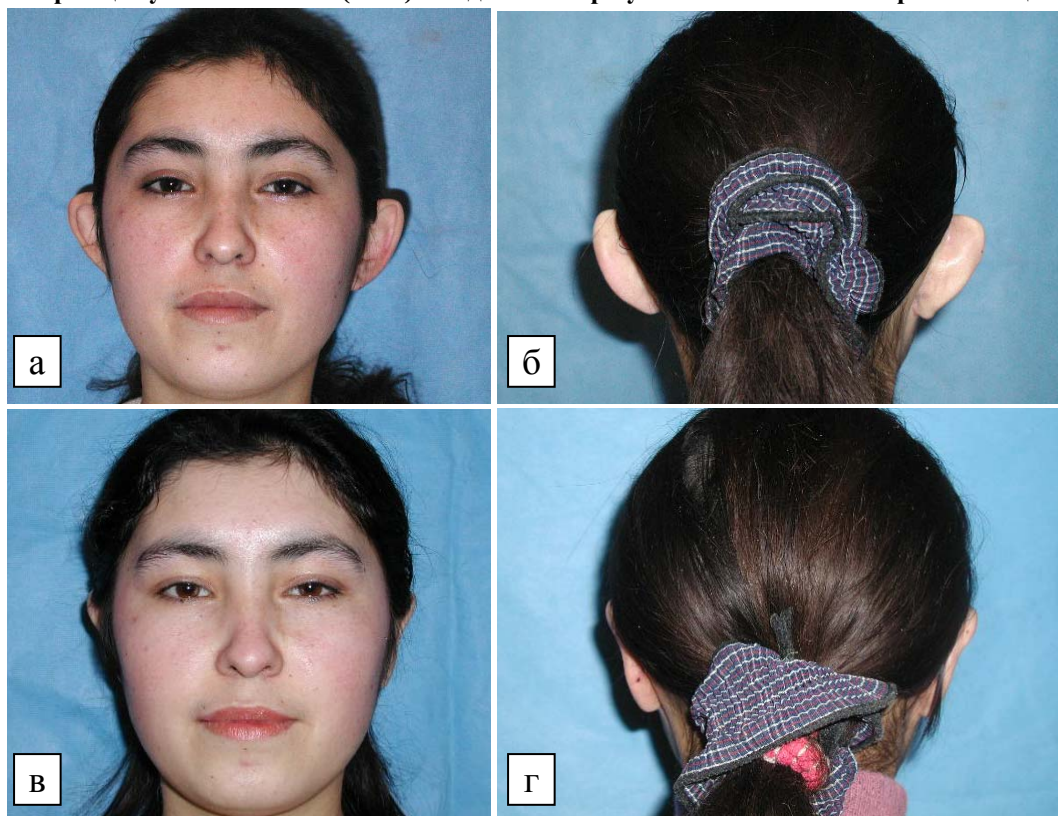


Рис. 3. Пример II степени торчащих ушей до (а и б) и в отдалённом периоде (через 1 год) после отопластики (в и г)

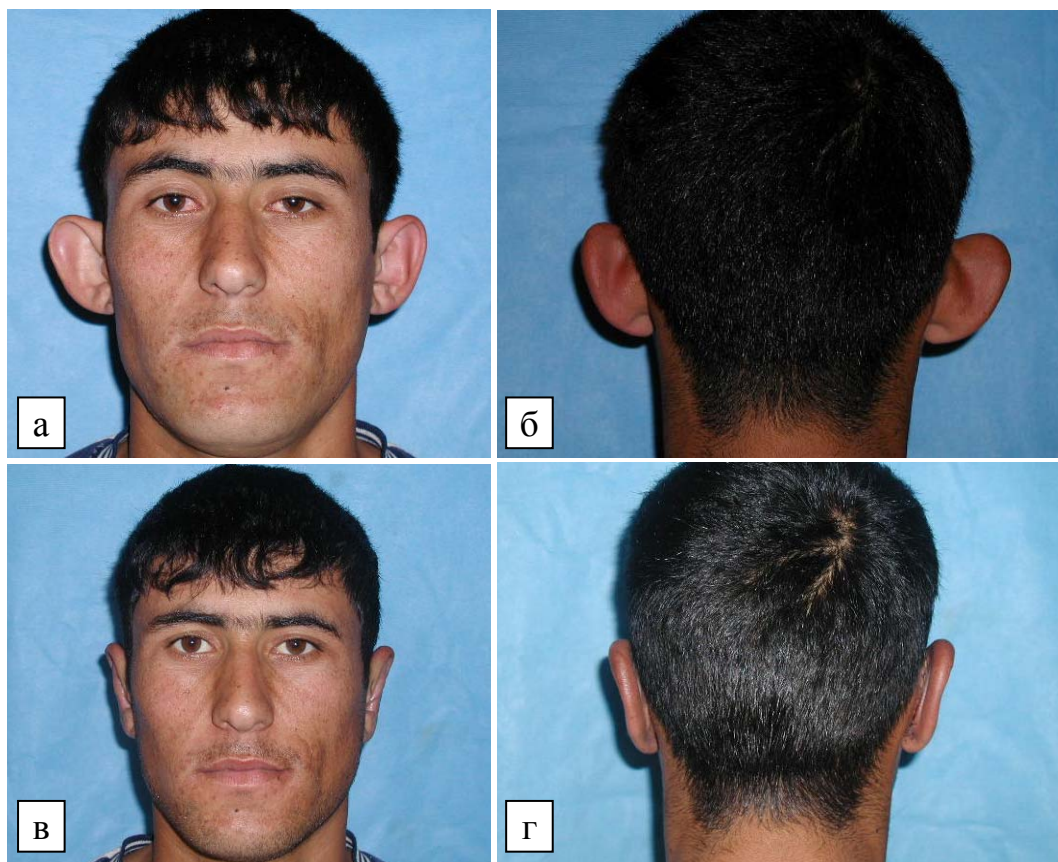


Рис. 4. Пример III степени торчащих ушей до (а и б) и в отдалённом периоде (через 6 месяцев) после отоластики (в и г)



Рис. 5. Пример III степени торчащих ушей до (а и б) и после отоластики через 1 год 4 месяца (в и г)

В 3 случаях, несмотря на эстетически удовлетворительные параметры ушных раковин, пациенты настаивали на дополнительной коррекции - более прижатого положения ушной раковины к голове.

В связи с тем, что ушная раковина - парный орган, одной из наиболее сложных задач в выполнении отоластики является создание симметрии.

Основными целями хирургической коррекции торчащих ушей, сформулированные А.Д. McDowell (1968), должны быть: 1) исправление нарушений пропорций; 2) исправление выраженных деформаций завитка и противозавитка; 3) обеспечение ровных и гладких контуров складки противозавитка; 4) сохранение формы и углубление заушной борозды; 5) недопущение избыточного прижатия ушной раковины к голове (особенно у мальчиков) и 6) избегание острой противозавитковой складки [17].

Применение нами способа Мустарде в изолированном виде не позволяло добиться максимального приближения ушной раковины к сосцевидному отростку. В дальнейшем к наложению П-образных швов для формирования противозавитка добавили конхо-сосцевидные швы по Фурнасу. Как показал наш опыт, для получения оптимального положения ушной раковины при упругом хряще или относительно больших размеров конхи, сочетание обоих шовных способов недостаточны. В связи с этим, в дальнейшем техника выполнения отоластики при торчащих ушах нами пересмотрена. Разработан способ сочетания наложения П-образных швов для формирования противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у его основания и ушиванием конхи к фасции сосцевидного отростка.

Недостатки изолированного применения одного из описанных способов отоластики отмечают также ряд других авторов [3,8]. Однако, предложенные ими же модифицированные способы не в полной мере охватывают все манипуляции, необходимые для достижения полноценной коррекции торчащих ушей [13,19,20].

Таким образом, на сегодняшний день, единственной универсальной методикой, корригирующей отоластику при торчащей ушной раковине, не существует. На наш взгляд, наиболее оптимальным подходом является предложенный нами способ отоластики путём наложения П-образных швов для формирования более выраженного противозавитка и его ножек с резекцией хряща конхи у основания ушной раковины и подшиванием конхи к фасции сосцевидного отростка через задний доступ.

Литература

1. Андреева Д.Н. Нервно-психическая настроенность лиц с деформациями ушных раковин// Вестник оториноларингологии. – 1968. – № 2. – С.46-48
2. Груздева А.Т. Коррекция оттопыренных ушных раковин// Вестник оториноларингологии. – 1968. – № 2. – С.49-52
3. Карякина И.А. Основные принципы комплексного лечения пациентов с деформациями и дефектами ушных раковин// Русский медицинский журнал.-2007.-Т.15, №19.-С.1400-1404.
4. Пластическая и реконструктивная хирургия лица/ Под ред. А. Д. Пейпла; - Пер. с англ. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний -2007. - С.340-351, 849-859.
5. Проскуряков С.А. Восстановительные операции носа, горла, уха// - Новосибирск. - 1947.- С. 378
6. Пшениснов К.П., Бессонов С.Н. Врожденные деформации ушной раковины и их хирургическая коррекция//Избранные вопросы пластической хирургии.-1999. -Том 1, № 2. – С. 30-34
7. Чкадуа Т.З. Изменение качества жизни у пациентов с дефектами ушных раковин (социально-психологический аспект)// Стоматология. -2010.-Т.89, № 1.-С. 40-42

- 8.Эзрохин В.М., Зенгер В.Г., Боголепова Н.А., Безденежных Д.С.Анализ отдалённых результатов хирургического лечения пациентов с деформациями ушных раковин врождённого характера// Вестник оториноларингологии. -2006.-№ 6. -С. 49-52
9. Эйтнер Э. Косметические операции //М. -Госизд. Биол. и медицин. литературы.- 1936. - С. 31
10. Adamson P.A., Strecker H.D. Otoplasty techniques//Facial Plastic Surgery.1994.Vol.11. P. 284-300
11. Bauer B.S., Song D.H., Aitken M.E. Combined otoplasty technique: Chondrocutaneous conchal resection as the cornerstone to correction of the prominent ear// Plastic and Reconstructive Surgery. - 2002.-Vol.110, No.4.-P. 1033-1040
12. Converse J.M., Nigro A., Wilson F., Johnson N. A technique for surgical correction of lop ears// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1955. -Vol.15.-P. 411-418
13. de la Fuente A., Santamaria A.B. Minimally invasive otoplasty// Eur. J. Plast. Surg.-1998. -Vol.21. - P.249-253.
14. Furnas D.W. Correction of prominent ears by concha mastoid sutures// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1968. – Vol. 42. – P. 189
15. Kaye B.L. A simplified method for correcting the prominent ear// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1967. -Vol.40. -P. 44-48
- 16.Kompatscher P., Schuler C.H., Clemens S., Seifert B.t, Beer G.M.The cartilage-sparing versus the cartilage-cutting technique: A retrospective quality control comparison of the Francesconi and Converse otoplasties //J. Aesth. Plast. Surg. -2004.- Vol.27. – P. 446-453
17. McDowell A.J. Goals in otoplasty for protruding ears// Plastic and Reconstructive Surgery. -1968. - Vol.41. – P. 17
18. Mustardé J.C. The correction of prominent ears. Using simple mattress sutures// Br. J. Plast. Surg. -1963. – Vol. 16. – P. 170-176
19. Rubino C., Farace F., Figus A., Masia D.R.Anterior scoring of the upper helical cartilage as a refinement in aesthetic otoplasty// Aesth. Plast. Surg.-2005. -Vol.29. – P. 88-93
20. Staindl O., Siedek V. Complications of auricular correction// Head and Neck Surgery. -2007. - Vol.6. – p. 1-13
21. Stenström S.J. “Natural” technique for correction of congenitally prominent ears// Plastic and Reconstructive Surgery.- 1963. – Vol. 32. – P. 509-518
22. Tramier H. Personal approach to treatment of prominent ears// Plastic and Reconstructive Surgery. - 1997. – Vol.99, №2. – P. 562-565
23. Walter C. Cartilage incision and excision technique//Facial Plastic Surgery.-1994.-Vol.10.P.277-286

ХУЛОСА

ТАБОБАТИ ЧАРРОҲИИ БАРЧАСТАГИИ СУФРАИ ГҶШ

У.А. Қурбонов, И.З. Саидов, А.А. Давлатов, С.М.Чанобилова

Дар мақола таҷрибаи муаллифон оид ба табобати чарроҳии барчастагии суфраи гӯш дар 61 бемор ҷамъбаст шудааст. Пас аз истифодаи усулҳои бештар маъмулбудаи отопластика дар алоҳидагӣ ва якҷоягӣ ба ҳулоса омаданд, ки роҳи бехтарин усули пешниҳодкардаи муаллифон бо гузоштани дарзҳои П-монанд барои ташаккули Antihelix ва поячаҳои он бо резексияи тағояки Concha дар асоси суфраи гӯш ва дӯхтани Concha ба фассияи Processus Mastoideus аз буриши паси гӯш мебошад.

SUMMARY
SURGICAL TREATMENT OF PROMINENCE EARS
U.A.Kurbanov, I.Z.Saidov, A.A.Davlatov, S.M.Janobilova

In work is shown the author's experience in surgical treatment of prominence ears in 61 patients. Used popular methods of otoplasty along ore combined author's concluding, that the optimal approach is a developed by author's method of otoplasty during П-forming suture for anthelix fold and cruras with excision of conchal cartilage in base of ear and concha-mastoidal suture trans posterior incision.

Key words: prominent ears, otoplasty

Адрес для корреспонденции:

У.А.Курбанов - ректор ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Таджикистан, Душанбе, пр. Рудаки, 139,
Тел: +992 (37) 224-45-83, 224-36-87. E-mail: kurbonovua@mail.ru

**ПУТИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ,
ОБУСЛОВЛЕННЫХ ПОЧЕЧНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЕТЕЙ
НА ОПЕРАЦИОННОМ СТОЛЕ**

А.А.Азизов, Ф.Х.Сафедов, Б.А.Азизов, И.К.Атоев, С.С.Джабборов
Кафедра детской хирургии ТГМУ им. Абуали ибни Сино;
Национальный медицинский центр Республики Таджикистан

Анализ люмботомии детям с почечным положением на операционном столе показал, что причина послеоперационных осложнений, таких как линия швов после люмботомии целенаправлено не изучена, хотя накоплен огромный опыт по выявлению нагноительных процессов в ране, обусловленных антифизиологическим положением больных детей на операционном столе.

Авторы на основе собственного и ретроспективного анализа 1811 случаев люмботомий у детей, оперированных по поводу нефролитиаза и врождённых заболеваний почек за последние 10 лет, с целью поиска эффективной системы прогнозирования осложнений, разработали схему положения больного на операционном столе. Использование данной тактики способствовало снижению осложнений, связанных с люмботомией от 12.79% до 5.84%.

Ключевые слова: нефролитиаз, врождённое заболевание почек, нагноение раны, лигатурный и мочеви свищи, сигарный канал, послеоперационная грыжа

Актуальность. Вопросы осложнений раневого процесса у детей при люмботомии обсуждаются на съездах, конференциях и в повседневной работе хирургов, однако, процент осложнений остаётся высоким [1,2]. Поисками причин послеоперационных нагноительных процессов постоянно занимаются хирурги. При этом основной упор делается на ареактивность организма, некачественный шовный материал и технику выполнения операции. При этом упускается из виду антифизиологичес-