

*В.В. КИЩУК, А.І. БАРЦІХОВСЬКИЙ, А.В. ВЕРБА, О.В. ВАРЧЕНКО,
К.А. ЛОБКО, І.П. МАРЦИНКОВСЬКА, О.С. СКІЧКО, С.В. АГРЕПИШИН*

СЕРОМА ВУШНОЇ РАКОВИНИ: ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І ЛІКУВАННЯ

Каф. оториноларингології (зав. – проф. В.В. Кищук) (Вінниц. нац. мед. ун-ту ім. М.І. Пирогова (ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. В.М. Мороз) , клініка щелепно-лицьової хірургії, стоматології, оториноларингології і очних хвороб (нач. – полковник м/с О.В. Варченко) Війск.-мед. клін. Центру центр. регіона (нач. – генерал-майор м/с П.С. Мельник)

Ураження вушної раковини є доволі частою травмою у осіб з фізично активною зайнятістю (спецконтингенти військовослужбовців, спортсмени, особливо борці, боксери). Найчастіше при стисканні і зміщенні тканин виникає крововилив і накопичення крові між хрящем і охрястям, в більшості випадків на латеральній поверхні вушної раковини [3, 14]. Діагностика отогематоми, як правило, не є складною, враховуючи анамнез і наявність флюктуації на латеральній поверхні вушної раковини. Подібна клінічна симптоматика, за винятком анамнезу, спостерігається при серомі вушної раковини, яка буває не так часто.

Походження сероми вушної раковини до цього часу залишається не зовсім зрозумілим [11]. Вважається, що продукування серозної рідини пов'язане з новоутвореним зміненням, прилеглим до сероми шаром хряща вушної раковини - «fibroneocartilaginous layer» [3, 4, 9].

Серому вушної раковини необхідно диференціювати з псевдокістою (доброякісною ідіопатичною кістозною хондромаляцією) і кістою вушної раковини, отогематомою, набряками алергічного та іншого походження, кістою сальної залози, норицею вуха, хондроперихондритом вушної раковини, хронічним вузликовим хондродерматитом завитка і протизавитка вушної раковини [5, 6, 8, 12].

Характерними особливостями сероми вушної раковини є: 1) відсутність в анамнезі

травми раковини, укусів комах, отогематоми та ін.; 2) накопичення рідини рожевого або солом'яно-жовтого кольору в субперихондральному просторі вушної раковини; 3) локалізація акумульованої рідини біля протизавитка в раковині; 4) відсутність ознак запалення, а також болю; 5) одужання без значної деформації вушної раковини [11].

Загальноновизнаним лікуванням при отогематомі та серомі вушних раковин є пункція, аспірація вмісту і застосування тиснучої пов'язки на вушну раковину на протязі 5-7 діб [13, 16].

Однак в певних випадках стандартне лікування з приводу отогематоми та сероми не завжди приводить до одужання [4]. Затяжний перебіг або рецидивування сером і гематом може спостерігатись на протязі декількох місяців [2, 16]. Це стосується насамперед випадків з несвоєчасним звертанням за спеціалізованою медичною допомогою або тих випадків, коли своєчасне або тривале використання „тиснучої” пов'язки було утруднене або неможливе (бойові обставини, необхідність постійних тренувань у спортсменів, непереносимість тугої пов'язки у зв'язку з психоемоційними і віковими особливостями) [1, 15].

У випадках затяжного перебігу або рецидивування отогематом і сером, а також при необхідності постійних тренувань у спортсменів рекомендується:

1) висічення новоутвореного зміненого, прилеглого до сероми шару хряща вуш-

ної раковини – «fibroneocartilaginous layer» [4, 9, 13]; якщо згаданий вище шар хряща вушної раковини не буде висічений, серома буде рецидивувати і, якщо вона навіть, не ускладниться хондроперихондритом вушної раковини внаслідок повторних хірургічних втручань (пункцій, дренажів), все одно викличе певне потовщення раковини – формування так званого „вуха борця” [4];

2) накладання наскрізних матрацних, стискуючих утворену субперихондральну порожнину швів, що запропоновані Kelleher, на період до 10 діб. З метою захисту шкіри від тривалого тиску і посилення стискування порожнини між швами і шкірою прокладається спеціальна антисептична еластична «губка» [7, 10, 14, 16].

Згадана методика з успіхом використовувалась при отогематомі у спортсменів-борців без переривання спортивних тренувань і без накладання тиснучої пов'язки [3, 15].

Прикладами затяжного перебігу сером вушних раковин, резистентних до традиційного лікування, можуть бути два спостереження сероми у 72-річного чоловіка і 19-річного військовослужбовця.

Чоловік похилого віку попередньо лікувався більше 1 тижня амбулаторно. У нього виконувались повторні пункції флюктууючого утворення на латеральній поверхні вушної раковини, при яких видалялась рідина солом'яно-жовтого кольору без ознак атипії та інфікування. На стаціонарне лікування хворий поступив з дренажем у вушній раковині без тиснучої пов'язки.

Військовослужбовець строкової служби попередньо також лікувався пункціями флюктууючого утворення вушної раковини з аспірацією рідини рожевого кольору і нетривалими пов'язками на вушну раковину. Флюктууюче утворення рецидивувало і згодом поширилось на медіальну поверхню вушної раковини.

В обох випадках, як і згадувалось вище, в анамнезі не було даних про травму раковини, укуси комах, отогематому та ін. (1), в субперихондральному просторі вушної раковини накопичувалась рідина рожевого або солом'яно-жовтого кольору (2),

акумульована рідина локалізувалась біля протизавитка в порожнині раковини (3), у хворих були відсутні ознаки запалення, а також біль (4).

Розпочате стандартне лікування при серомі вушної раковини (пункція, аспірація вмісту і тривала «тиснуча» пов'язка на вушну раковину) не привело до одужання. Періодично через 2-7 діб спостерігалась реакумуляція рідини і поява флюктуації або просякання рідини через дренажні розрізи. Причинами цього, на нашу думку, було наступне: 1) затримка звертання за спеціалізованою медичною допомогою у зв'язку з тим, що пацієнт не міг точно встановити початок захворювання; 2) нетривале використання пов'язки на вушну раковину без компресії на початку лікування; 3) хворі систематично самостійно послабляли або знімали «тиснучу» пов'язку в першу добу її накладання внаслідок непереносимості болювого синдрому від компресії вушної раковини.

Припинити рецидивування і затяжний перебіг сером вушних раковин вдалось тільки після висічення прилеглого до сероми шару хряща вушної раковини в ділянці порожнини раковини і накладання наскрізних стискуючих порожнину сероми матрацних швів на період до 7 діб. З метою захисту шкіри від тривалого стискування швами використовувалась марлева прокладка, яка періодично зволожувалась спиртовим розчином бриліантового зеленого.

Таким чином, особливостями curaції хворих з серомами і гематомами вушних раковин при неефективності традиційного лікування, а також у спецконтингентів військовослужбовців і спортсменів при особливих обставинах є висічення зміненого зовнішнього шару хряща вушної раковини з накладанням наскрізних матрацних, стискуючих утворену субперихондральну порожнину швів на період до 7-10 діб. З метою захисту шкіри від тривалого тиску швами і додаткового посилення стискування порожнини між швами і шкірою розміщується антисептична еластична прокладка, яка періодично зволожується розчинами антисептиків.

1. Butt W.E. Auricular haematoma--treatment options // Aust. N.Z.J. Surg. - 1987(Jun). - Vol.57, №6. - P. 391.
2. Eifinger F., Lang-Roth R., Woelfl M., Kribs A., Roth B. Auricular seroma in a preterm infant as a severe complication of nasal continuous positive airway pressure (nCPAP) // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. - 2005(Mar). - Vol.69, №3. - P. 407-10.
3. Giffin C.S. The wrestler's ear (acute auricular hematoma) // Arch. Otolaryngol. - 1985(Mar). - Vol.111, №3. - P. 161-4.
4. Giffin C.S. Wrestler's ear: pathophysiology and treatment // Ann. Plast. Surg. - 1992(Feb). - Vol.28, №2. - P. 131-9.
5. Harder M.K., Zachary C.B. Pseudocyst of the ear. Surgical treatment // J.Dermatol. Surg. Oncol. - 1993(Jun). - Vol.19, №6. - P. 585-8.
6. Kontis T.C., Goldstone A., Brown M., Paull G. Pathologic quiz case 1. Auricular pseudocyst (benign idiopathic cystic chondromalacia, endochondral pseudocyst, or seroma of the auricle) // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. -1992(Oct). - Vol.118, №10. - P. 1128-30.
7. Krugman M.E. Management of auricular hematomas with suction assisted lipectomy apparatus // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1989(Oct). - Vol.101, №4. - P. 504-5.
8. Lazar R.H., Heffner D.K., Hughes G.B., Hyams V.K. Pseudocyst of the auricle: a review of 21 cases // Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1986(Mar). - Vol.94, №3. - P. 360-1.
9. Lee E.C., Soliman A.M., Kim J. Traumatic auricular hematoma: a case report // J. Craniomaxillofac. Trauma. - 1997(Spring). - Vol.3(№1). - P. 32-5.
10. Maurer J., Mann W., Welkoborsky H.J. Therapy of ear hematoma and ear seroma // HNO. - 1990(Jun). - Vol.38, №6. - P. 214-6.
11. Mikino Kikura, MD; Tomoyuki Hoshino, MD, PhD; Mariko Matsumoto, MD; Toru Kikawada, MD, PhD; Keiko Kikawada, MD, PhD. Auricular Seroma. A New Concept, and Diagnosis and Management of 16 Cases // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. - 2006(October). - Vol.132, №10. - P. 1143-7.
12. Munnoch D.A., Herbert K.J., Morris A.M. Chondrodermatitis nodularis chronica helices et antihelices // Br. J. Plast. Surg. - 1996(Oct). - Vol.49, №7. - P. 473-6.
13. Prasad K.C., Karthik S., Prasad S.C. A comprehensive study on lesions of the pinna // Am. J. Otolaryngol. 2005 (Jan-Feb). - Vol.26, №1. - P. 1-6.
14. Robotti E., Verna G. Treatment of traumatic othematoma with transfixing compression sutures // Minerva Chir. - 1990 (Mar15). - Vol.45, №5. - P. 285-8.
15. Schuller D.E., Dankle S.D., Strauss R.H. A technique to treat wrestlers' auricular hematoma without interrupting training or competition // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. - 1989(Feb). - Vol.115, №2. - P. 202-6.
16. Yamasoba T., Tayama N., Kitamura K. Auricular hematoma--case report of ruptured othematoma and bibliographic review // Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho. - 1990 (Dec). - Vol.93, №12. - P. 2028-37.

Надійшла до редакції 05.06.10.

© В.В. Кішук, А.І. Барціховський, А.В. Верба, О.В. Варченко, К.А. Лобко, І.П. Марцинковська, О.С. Скічко, С.В. Агрєпшин, 2011