

*В.В. СКОРОБОГАТЫЙ, А.Д. ГУСАКОВ*

## **КОРРЕКЦИЯ УШНЫХ РАКОВИН ПРИ ИХ АНОМАЛЬНОМ СТРОЕНИИ**

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. А.Д. Гусаков)  
Запорож. мед. академии последиплом. образования*

Оттопыренные уши являются самой распространённой и, в большинстве случаев, двусторонней косметической деформацией, зависящей исключительно от хряща, поэтому все хирургические вмешательства на ушной раковине должны быть направлены прежде всего на исправление хрящевой аномалии [13]. Оттопыривание ушной раковины может быть выражено в различной степени - от едва заметного до почти перпендикулярного положения («торчащие уши»), что часто вызывает у пациентов серьёзные моральные переживания, особенно в детском возрасте [6].

Целью косметической операции у лиц с подобной патологией является придание уху нормальной формы и положения. Коррекцию ушных раковин не следует осуществлять у детей, не достигших 5-летнего возраста. Наиболее оптимальный возраст пациентов для выполнения у них реконструктивных вмешательств – 7-лет, т.к. к этому сроку ушные раковины достигают приблизительно нормальной величины [16]. Развитие методов хирургической коррекции ушных раковин и их модификаций тесно связано с выявлением причин их деформации и определением локализации последней [7].

Оттопыренные уши – деформация, которая обусловлена следующими причинами: недоразвитие противозавитка и его ножек или их комбинация; увеличение всего углубления ушной раковины или её отдельных частей; увеличение угла между мочкой уха и головой [8].

Именно недоразвитие противозавитка и его ножек, по данным А.Г. Груздевой [3], в 90,3 % случаев является основной причиной деформации ушной раковины.

Наличие различных, обуславливающих оттопыривание ушной раковины причин – увеличение скафоконхального угла, чрезмерная ширина, глубина и выпуклость ушной раковины, расширение угла между ушной раковиной и сосцевидной областью у лиц с данной патологией требует нестандартного хирургического вмешательства с учетом сущности деформации, в том числе толщины, плотности и гибкости хряща [3, 6].

Выполняя хирургическое вмешательство, необходимо добиваться приближения ушной раковины к черепу, т.е. исправить цефалоконхальный и скафоконхальный углы; осуществлять естественное оформление сложного рельефа наружной стороны ушной раковины [6, 7]. Если при этом в некоторых случаях необходимо удалять часть хряща, причём в различных участках ушной раковины, то в других - можно ограничиться его рассечением, истончением, размягчением и моделированием. Полагаться только на иссечение кожи в заушной области нельзя. Такое иссечение, по мнению Гелены Пешковой [6], должно лишь дополнять операцию и производиться для удаления излишка кожи, образующегося после предшествующей обработки, уменьшения, подтягивания и формирования хрящевого каркаса.

В литературе приводится большое количество различных способов хирургического вмешательства при данной патологии.

Вместе с тем предлагаемые способы реабилитации при данной аномалии не гарантируют достижение желаемого косметического результата при любом типе оттопыренных ушных раковин и отсутствие неудач

и осложнений [1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15-17 и др.].

При этом, по данным Staindl O. [14], из ранних осложнений отмечается образование гематомы, раневая инфекция, шовные свищи, аллергические реакции, образование язв в результате давления неправильно наложенной повязки и асимметрия ушных раковин. К группе поздних осложнений относится рецидив косметического дефекта, «Телефонное ухо» (характеризуется отстоянием ушной мочки и верхнего края завитка и является следствием гиперкоррекции средней части ушной раковины), слишком плотное прилегание ушных раковин к черепу, образование келоида и «Катастрофическое ухо» (результат сочетания нескольких осложнений или следствие применения неподходящей техники операции).

Достижение косметического и эстетического эффекта во многом зависит от выбора адекватного метода операции, а решающее слово при этом должно принадлежать хирургу, который после оценки деформации ушной раковины обязан избрать способ, позволяющий достичь наилучшей её коррекции [6].

В данном сообщении приводится один из применяемых нами наиболее успешных, на наш взгляд, вариантов коррекции оттопыренных ушных раковин.

Производится местная инфилтративная анестезия кожи тыльной поверхности ушной раковины и линии её основания. Путём прижатия ушной раковины к сосцевидному отростку определяется, с учётом величины образующейся в заушной области складки кожи, необходимый объём подлежащей иссечению кожи.

Последняя, как рекомендует Г. Пашкова [6], иссекается по ходу заушной складки на всём протяжении хрящевидного отдела ушной раковины. При этом подобный разрез и удаляемый участок кожи по форме напоминают лист мирта, выгодно отличаю-

щийся от разрезов языкообразной формы и в виде эллипса [6].

Отсепаровывается кожа от хряща на всей задней поверхности ушной раковины (щадя при этом надхрящницу). Осуществляется тщательный гемостаз, последовательно отсекаются три одноимённые связки и мышцы (l. et m. auricularis anterior, posterior et superior), связывающие ушную раковину с головой: вначале задние и верхние, и только после этого - передняя мышца и передняя связка.

Необходимость дополнительного вмешательства на хряще решается индивидуально и зависит от его формы и свойств. Для преодоления упругости осуществляются либо небольшие насечки (хрящ отсекается до надкостницы на передней поверхности ушной раковины) или удаляются полоски хряща, а чрезмерная толщина хряща устраняется путём частичного его иссечения или шлифования.

После мобилизации и обработки хряща ушной раковине придаётся оптимальное положение. При этом передний наружный край перемещённого хряща подрезается сзади в необходимых пределах в форме месяца. Фиксация ушной раковины к периосту височной кости выполняется синтетической нитью (атравматическая игла проходит через хрящ, но не прокалывает перихондрий передней поверхности раковины). Накладываются швы на края кожной раны ушной раковины и повязка с антибиотикостероидной мазью. Швы удаляются на 7-й день, но ещё на протяжении 3 недель ушные раковины фиксируются на ночь плотно прилегающим бинтом.

Используя данный метод пластики ушных раковин у 11 лиц, хорошие косметические результаты в сроки наблюдения до 3,5 лет мы отметили у всех пациентов. Способ легко переносится больным, прост в выполнении и может быть рекомендован для внедрения в практику работы отохирургов как метод выбора, обеспечивающий стойкий положительный результат.

1. Азаров И.В., Мельник О.В., Николаенко А.В., Рубан И.И., Киринос А.И., Крапива В.Н. Хирургическое лечение оттопыренных ушных раковин у детей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2001. - №5 (Дод.). - С. 1-2.
2. Винничук П.В., Тимен Г.Э. Оттопыренность ушных раковин и их хирургическая коррекция // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2001. - №5 (Дод.). - С. 11-12.
3. Груздева А.Т. Коррекция оттопыренных ушных раковин // Вестн. оториноларингологии. - 1968. - №6. - С. 49-52.
4. Губин В.Н., Шевченко А.М., Долгарев А.М., Чуваков В.Л., Свириденко Л.Ю. Способ пластики торчащих ушных раковин и противозавитка // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 1999. - №3 (Дод.). - С. 297-298.
5. Кручинский Г.В. Пластика ушной раковины. - М.: Медицина, 1975. - 175 с.
6. Пешкова Гелена. Пластические операции при косметических дефектах. - Прага, 1971. - 347 с.
7. Тимофеев А.А., Весова Е.Н., Лихота А.Н., Горбань А.И., Талаат Эззат, Талих. Пластика ушных раковин // Журн. ушних, носовых и горловых болезней. - 1993. - №3. - С. 37-39.
8. Фришберг И.А. Косметические операции на лице. - М.: Медицина, 1984. - С. 93-109.
9. Gay E.C., Ark L.R. Auricular Repositioning Otoplasty // Laryngoscope (St. Louis). - 1974, 84,3, P. 468-484.
10. Grotting J.K. Otoplasty for congenital cupped protruding ears using a postauricular flap // Plast. Reconstr. Surg. - 1958. - 22: 164.
11. Farrior, R.T. A method otoplasty // Arch. Otolaryng. - 1959. - 69: 400.
12. McDowell A. Goals in otoplasty for protruding ears // Plast. Reconstr. Surg. - 1968. - V. 41.
13. Sénéchal G., Sénéchal B. Etude critique des techniques de correction des oreilles decollées // Ann. Oto-laryng. - 1983. - №6. - P. 451-454.
14. Staindl O. Über Mizerfolge und Komplikationen nach Ohrmuschelangplastiken // Laryngol. Rhinol. Otol. - 1986. - 65. - №11. - 646-651.
15. Tardy M.E., Tenta G.T., Pastorek N.G. Mattress suture otoplasty indications and limitations // Laryngoscope. - 1969. - Vol. 79. - P. 961.
16. Walter C. Zur Korrektur der Ohrmuschel // HNO. - 1983. - 31. - №11. - 381-386.
17. Wright W.K. Otoplasty goals and principles // Arch. otolaryngol. - 1970. - Vol. 92. - P. 568.

Поступила в редакцию 12.04.10.

© В.В. Скоробогатый, А.Д. Гусаков, 2011