

Карякина И.А.

Оценка результатов хирургического лечения больных с врожденными деформациями ушных раковин

ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» (директор д.м.н., проф., В.А.Виссарионов)

Karyakina I.A.

Results estimation of surgical treatment of patients with congenital deformations of auricles

Резюме

Проведена оценка результатов хирургического лечения 80 пациентов с врожденными деформациями ушных раковин, в том числе с I степенью микроотии – 14 человек, с II степенью – 31 человек и с III степенью микроотии 35 человек. В 9 случаях восстановление ушных раковин проведено с двух сторон, поэтому общее число случаев составило 89. При устранении врожденных деформаций ушных раковин в 37 случаях применена трехэтапная методика отопластики по R.C.Tanzer - B.Brent (1977, 1978) в модификации S.Nagata (2002) [8,10,12]. В 16 случаях при коррекции ушных раковин использована пластика местными тканями и свободной кожей [1], в 15 случаях – отопластика по А.Т. Груздевой (1970) [2]. Авторская методика формирования верхне-среднего отдела ушной раковины (2007) применена в 9 случаях [4], двухэтапная отопластика по J.Diffenbach (1845) также в 9 случаях [9] и 3 случаях использован метод отопластики свободным кожно-хрящевым трансплантатом со здорового уха по Г.В.Кручинскому (1970) [6].

Ключевые слова: Микроотия, реконструкция.

Summary

The results estimation of surgical treatment of 80 patients with congenital deformations of auricles, including 14 persons with I degree microtia, 31 persons with II degree and 35 persons with III degree microtia. In 9 cases restoration of auricles was bilateral, therefore total number of cases has made 89.

In 37 cases of congenital deformation correction of auricles III- stage technique of otoplastic by R.C.Tanzer - B.Brent (1977, 1978) in updating S.Nagata (2002) [8,10,12] was applied. In 16 cases of auricles correction the plasticity by local fabrics and a free skin was applied [1], in 15 cases – otoplastic by A.T.Gruzdevoj (1970) [2] was used. The author's technique of formation of an upper-average department of an auricle (2007) was applied in 9 cases [4], II – stage otoplastic by J.Diffenbach (1845) was used in 9 cases [9] and in 3 cases the method of otoplastic by free skin-cartilage transplant from a healthy ear by G.V.Kruchinsky (1970) [6] was used.

Keywords: Microtia, reconstruction.

Введение

Актуальность: Микроотия – наиболее частая аномалия наружного уха, характеризующаяся недоразвитием ушной раковины и ее дистопией. По сводным данным отечественных и зарубежных авторов [3,5,7,11,13] врожденные пороки развития органа слуха встречаются с частотой примерно 1-2 случая на 10000 новорожденных, чаще правосторонней локализации и у мальчиков чаще, чем у девочек.

Вариабельность деформаций ушной раковины высокая и включает изменения формы, положения и взаиморасположения элементов наружного и среднего уха. Изолированное недоразвитие элементов ушной раковины или их сочетание с атрезией наружного слухового прохода принято обозначать термином «микроотия». В

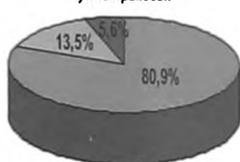
пластической хирургии последнего времени используется классификация Н. Weerda [14]. При I степени ушная раковина меньшего, чем в норме, размера, но при этом все элементы ее узнаваемы. При II степени деформации узнаваемы только некоторые элементы ушной раковины, последняя рудиментарна, верхняя часть представлена недоразвитым завитком. Для III степени характерно глубокое недоразвитие ушной раковины, представленной только мочкой, или полное отсутствие наружного уха.

Цель: Предметом исследования явилась оценка результатов хирургического лечения больных с врожденными деформациями ушных раковин.

Материал и методы

Тактика лечения строилась в зависимости от харак-

Результаты эстетической реабилитации
больных с врожденными деформациями
ушных раковин



■ хороший □ удовлетворительный ■ неудовлетворительный

Рис. 1. Общие результаты проведенных операций при врожденных деформациях ушных раковин

тера деформации ушной раковины по классификации H. Weerda [14], которая, отражает степень выраженности порока ушной раковины. Диагноз основывался на жалобах больных или их родителей, на данных осмотра, отоскопии, тональной пороговой аудиометрии, акустической импедансометрии, компьютерной томографии (КТ) височной кости. Всем больным проводилось общее клиническое обследование, фотографирование проводилось до и после операции через 6, 12 месяцев в положении фас, профиль и сзади.

С 2001 по 2010гг. нами проведено хирургическое лечение 80 пациентов с врожденными деформациями ушных раковин в возрасте от 7 до 38 лет. Двустороннее поражение отмечено у 9 больных с микротией I, II и III степени, во всех других наблюдениях патология была односторонней. Тяжелые формы микротии III степени были проявлением наследственного синдрома Гольденхара у 9 больных. У остальных пациентов проявления микротии III степени расценены нами как синдром Конигсмарка. Общее количество случаев микротии составило 89, так как у 71 больного деформация была односторонней, а у 9 – двусторонней.

Результаты и обсуждение

Для оценки результатов отоластики при врожденных деформациях ушных раковин мы выделили 7 общих признаков характеристики результатов операций:

- 1 - хорошо выражены форма и размер ушной раковины или ушная раковина соответствует размерам и форме ушной раковины противоположной стороны при односторонней микротии (т.е. отсутствие вторичных послеоперационных деформаций).
- 2 - сформированная ушная раковина должна иметь завиток ушной раковины;
- 3 - должен выделяться противозавиток;
- 4 - мочка уха находится в физиологическом положении и на одном уровне со здоровой стороной;
- 5 - ушно-головной угол восстановленной ушной раковины должен быть одинаковым с ушно-головным углом здоровой стороны, и заушная складка должна иметь глубину 0,7-1,0 см и более;
- 6 - ушная раковина должна быть эластичной на ощупь;
- 7 - должно быть отсутствие разницы в цвете и фак-



Рис. 2. Фото 6-го Т., 6 лет. Диагноз: Синдром Конигсмарка. Микротия III степени справа. Смешанная тугоухость III степени. Костная атрезия НСП (А-В: вид пациента до операции: фас, профиль, сзади. Г-Е: вид пациента после отоластики по R.C.Tanzer - V.Brent (1977, 1978) в три основных этапа с использованием аллохряща: фас, профиль, сзади через 3 года)

туре использованной кожи.

Каждый признак по наличию или отсутствию оценивается в 0 или 1 балл. Соответственно критериям выделены 3 градации результатов отоластики: хороший, отмеченный в большинстве случаев – 80,9%, удовлетворительный, который составил 13,5% и неудовлетворительный в 5,6% случаев (рис.1).

К хорошему результату отоластики мы отнесли наличие правильной формы и размера ушной раковины соответствующего противоположной стороне, когда имеются завиток и противозавиток. При этом глубина заушной складки более 1,0 см, а сама ушная раковина эластична и легко отводится от черепа. (Сумма балльной оценки = 7). Эту группу составили 14 пациентов (17 случаев) с микротией I степени, 21 пациент (23 случая) с микротией II степени и 30 пациентов (32 случая) с микротией III степени (рис.2).

У пациента размер ушной раковины на 0,5 см меньше размера ушной раковины здоровой стороны, имеется завиток и пропустает противозавиток, мочка находится в физиологическом положении, но выше на 0,5 см уровня мочки здоровой стороны, заушная складка более 1,0 см глубиной. Ушная раковина достаточной эластичности на ощупь и легко отводится от черепа (рис.2. Г-Е).

Удовлетворительный результат отмечен у 10 пациентов (12 случаев) отоластики при микротии только II степени (13,5%), когда имеется бесконтурная ушная раковина, но правильного размера. Глубина ушной складки более 1,0 см, но разное положение мочек ушей. Сложность создания симметричного положения мочек ушей у данной категории больных заключается в том, что введение каркаса ушной раковины ориентируется на поло-



Рис. 3. Фото 6-го Р., 26 лет. Диагноз: Синдром Гольденхара. Микротия II степени справа. Двусторонняя кондуктивная тугоухость III степени. Стеноз НСП справа. (А-В: вид пациента до операции: фас, профиль, сзади. Г-Е: вид пациента после отопластики по J.Diffenbach (1845) в два основных этапа с использованием аллохряща: фас, профиль, сзади через 1 год). От дальнейшего перемещения ушной раковины пациент воздерживается

жение имеющегося наружного слухового прохода (НСП), который расположен, как правило, ниже НСП здоровой стороны (рис.3).

У пациента размер ушной раковины меньше размера ушной раковины здоровой стороны, имеется завиток, а противозавиток не определяется. Положение каркаса ушной раковины правильное. Мочка уха находится в физиологическом положении, но ниже на 1,0 см уровня мочки здоровой стороны за счет асимметрии лицевого скелета и низкого расположения наружного слухового прохода справа. Заушная складка более 1,0 см глубиной. Ушная раковина достаточной эластичности на ощупь и легко отводится от черепа (рис.3.Г-Е).

К неудовлетворительному результату отопластики мы отнесли случаи потери формы и размеров ушной раковины у больных с микротией только III степени, а также отторжение аллохрящевого трансплантата ушной раковины уже является удовлетворительным результатом. В число неудовлетворительных результатов включены 5 случаев осложнений и составило 5,6% (рис.4).

После проведения первого этапа отопластики по методу Nagata S. (1999, 2002) – введения каркаса ушной

Рис. 4. Фото 6-ой А., 13 лет. Диагноз: Синдром Гольденхара. Микротия III степени слева. Кондуктивная тугоухость IV степени. Костная атрезия НСП. (А, Б: вид пациентки до операции: фас, профиль, слева. В - на 12 сутки после отопластики по Nagata S. (1999, 2002) с использованием аллохряща. Г - через 1 год после операции).

раковины под кожу околоушной области на 12 сутки отмечено нарушение трофики покровных тканей над каркасом в верхнем отделе с последующим некрозом кожи. С 12 по 18 сутки наблюдалось обильное серозно-гнояное отделяемое через участок некроза тканей над каркасом (рис.4.В) и на 28 сутки – полный лизис хрящевого каркаса (рис.4.Г).

Выводы

Устранение врожденных деформаций ушных раковин остается технически сложным процессом, поэтому требует дифференцированного подхода к планированию этапов хирургического лечения, так как многое определяется характером деформации, состоянием тканей воспринимающего ложа, а также возможностями использования опорных (хрящевых) структур для формирования каркаса ушной раковины и восполнения недостающей мягкотканевой части. ■

Карякина И.А., к.м.н., хирург, ОАО «Институт пластической хирургии и косметологии» (директор д.м.н., проф., В.А.Виссарионов); Автор, ответственный за переписку - Карякина Ирина Алексеевна, 105066, г. Москва, ул. Ольховская, д. 27, 105264, г. Москва, ул. 9 Парковая 23, кв.38, р.т. 8(499)2618888, м.т. 89262125259, e-mail: kariyakina@mail.ru.

Литература:

1. Андреева Д.Н. Хирургическое лечение аномалий ушных раковин. //М., Медицина, 1971; 83с.
2. Груздева А.Т. Клиника и хирургическое лечение не-

3. Камалов Ш.М., Балясинская Г.Л. Состояние слуха у детей с врожденными околоушными свищами в со-

- четании с другими аномалиями развития жаберного аппарата. //Вестник оторинолар., 1970, № 5, С.27-33.
4. Карякина И.А. Способ устранения посттравматического дефекта верхне-среднего отдела ушной раковины. //Патент РФ № 2302210, 2007.
 5. Коранов Р.В., Ангелович Р.В., Трасильников Д.В. Врожденные заболевания и пороки развития органа слуха у детей Челябинской области. //Новости оториноларингологии и логопатологии, 1995, № 2, С.57-58.
 6. Кручинский Г.В. Новый способ восстановления ушной раковины фигурным трансплантатом со здорового уха. //Acta chirurgiae plasticae, № 12, 1970, С.85-91.
 7. Шеврыгин А.Г., Петухова Т.В. Аномалии уха, горла и носа у детей. М., 1981, 15с.
 8. Brent V. Ear reconstruction with an expansile framework of autogenous rib cartilage. «Plast. Reconst. Surg.», 1978; 5, P.351.
 9. Diefenbach J.F. Die operative Chirurgie. 1, Leipzig: FA Brockhaus 1845, P.326-392.
 10. Nagata S. Alternative surgical methods of treatment for the constricted ear. Clin Plast Surg 2002, 29, P.301-315.
 11. Robert O. Ruder. Врожденные пороки развития уха. //Пластическая и реконструктивная хирургия лица. – 2007, С.849-859.
 12. Tanzer R.C., Bellucci R.J., Converse J.M., Brent V. Deformities of the auricle. «Plast. Reconst. Surg.», 1977, v. 35, P.1671-1736.
 13. Tom.D.Wong. Реконструкция уха. //Пластическая и реконструктивная хирургия лица – 2007; С.655-672.
 14. Weerda H., Siegert R. Classification and treatment of auricular malformations. //Fase 1995, 4, P.23-29.