

ки омӯзиши хеле муфассали омосҳои бадсифат, зарурияти ҷустуҷӯро оиди ташхиси саривақтӣ ва табобати полинеоплазияи бехатар бояд идома дод.

SUMMARY

ACTUAL VIEWS AND COMMON DATE ON FIRST-PLURAL TUMOURS

N.I. Bazarov, O.A. Mirzoev, K.M. Jurabekova

The authors of the article analyze actual views and common date on first-plural tumours, evolution, frequency, classification, risk-factors, diagnostics, treatment and prophylaxis under polyneoplasies. They arrive at the conclusion of detailed study of cancers, necessary of actual diagnostics and treatment of non-malignant tumours.



ХИРУРГИЯ

РЕКОНСТРУКЦИЯ УШНОЙ РАКОВИНЫ ПРИ МИКРОТИИ

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, И.З. Саидов, З.Ф. Нуралиев

Кафедра хирургических болезней № 2 ТГМУ им. Абуали ибни Сино; Республиканский научный центр сердечно-сосудистой и грудной хирургии

Ключевые слова: микротия, аутохрящ, реконструкция ушной раковины, лоскут височной фасции

Актуальность. Микротия является одной из тяжёлых форм аномалии, которая характеризуется недоразвитием всей ушной раковины. Она может сочетаться с атрезией наружного слухового прохода, либо без атрезии последнего. Патология встречается у 1 из 6000 новорождённых европейской расы, причём соотношение между лицами мужского и женского пола составляет 2:1 или 3:1 [1,5,7]. Правосторонняя микротия встречается в два раза чаще, чем левосторонняя. Различают три степени микротии – I – согнутая, плоская и вросшая ушная раковина, II – малая, опущенная и свёрнутая ушная раковина, III – рудименты ушной раковины (только мочка или кожно-жировой валик) [3].

История реконструкции ушной раковины своими корнями началась ещё в древние времена (600 лет до нашей эры), о чём свидетельствуют описания в Sushruta-Samhita [11]. В Европе первое сообщение о реконструкции ушной раковины было опубликовано в XVI веке, автором которого являлся Tagliacozzi [15]. Впервые о применении аутохряща из ребра сообщил Gillies в 1920 году [8]. Современные возможности тотальной реконструкции ушной раковины с использованием аутохряща из рёберной дуги начались после опубликования работы R.C.Tanzer в 1959 году [16]. В дальнейшем его ученик и последователь В.В.Брент усовершенствовал технику реконструкции ушной раковины с использованием ауторёберного хряща при микротии [6]. Оригинальную работу о новом способе тотальной реконструкции ушной раковины при микротии в 1993 году опубликовал S.Nagata [12]. Автор совместил три первые этапа способа Brent в один этап и добился формирования ушной раковины в два этапа [14]. Последующие рабо-

ты посвящены множествам модификаций, приведённых выше способов. Продолжающиеся по настоящее время поиск новых способов оперативных вмешательств, многочисленные модификации, даже самых современных способов реконструкции ушной раковины являются свидетельством актуальности данной проблемы на сегодняшний день.

Цель исследования: изучение возможностей реконструкции ушной раковины при микро-тии и усовершенствование способа формирования ауторёберного хрящевого каркаса.

Материал и методы. За период с 1996 по 2008 год в отделении реконструктивной и пластической микрохирургии Республиканского научного центра сердечно-сосудистой и грудной хирургии оперировано 10 больных с микротией в возрасте от 12 до 21 года. Мужчин было 6, женщин – 4. Правосторонняя микротия отмечалась у 9 больных, левосторонняя – у одного. Двусторонней микротии среди наших наблюдений не было. Согласно классификации Кручинского Г.В. (1975), I степень микротии имела место у одного, II степень – у 2 и III степень – у 7 больных.

Больным, наряду с общеклиническими методами исследований, проводили антропометрические исследования (измерение ширины и высоты здоровой и аномальной ушной раковины, цефало-аурикулярного расстояния и аурикуло-мастоидного угла), фотодокументация, доплерография и аудиограмма (выполнялась специалистом).

Для хирургического лечения микротии нами применены способы Tanzer (1959), Brent (1980) и Nagata (1993).

Способы Tanzer и Brent, в отличие от их классического описания, которые выполняются в четыре этапа, нами выполнены в два этапа. На первом этапе из хряща VI-VII рёбер противоположной стороны взят аутохрящ для формирования собственно раковины, а завиток сформирован из хряща VIII ребра путём его подшивания по свободному краю раковины П-образными швами. Сформированный хрящевой каркас размещён в подкожный карман позадиушной области и ушит несколькими контурирующими швами. Следует отметить, что четвёртый этап классического способа Tanzer и Brent, т.е. формирование углубления раковины сочетали с первым этапом операции. Второй этап реконструкции заключался в отделении и поднятии ушной раковины таким образом, что по задней поверхности ушной раковины над хрящом оставался тонкий слой кровоснабжаемых мягких тканей. Дефект покровных тканей по задней поверхности сформированной ушной раковины и позадиушной области укрыт полнослойным кожным трансплантатом из боковой поверхности шеи. На этом же этапе по принципу Z-пластики мочка перемещена и подшита к нижнему полюсу сформированной ушной раковины. Таким образом, ушная раковина сформирована в два этапа, а не в четыре этапа, как приводится в описаниях классических способов Tanzer и Brent. Этим способом нами оперированы 3 больных с микротией III степени.

Приведём случай в качестве клинического наблюдения. Больной А., 14 лет. Обратился с жалобами на аномальную правую ушную раковину в виде рудимента, отсутствие наружного слухового прохода. При объективном исследовании установлено снижение слуха справа. Больному на первом этапе сформирован каркас ушной раковины из хрящей VI-VII-VIII рёбер противоположной стороны, который размещён в подкожный карман позадиушной области и сформировано углубление раковины с использованием местных покровных тканей. Через 3 месяца больному выполнен второй этап реконструкции – поднятие ушной раковины с укрытием дефекта покровных тканей задней поверхности ушной раковины и позадиушной области полнослойным кожным трансплантатом, взятым из надключичной области (рис. 1).

В течение последних лет реконструкция уха при микротии нами производится способом японского автора Satoru Nagata (1993).

Двухэтапный способ формирования ушной раковины по Nagata нами выполнен в 6 случаях. Первый этап заключался в формировании хрящевого каркаса из хрящей VI-VII-VIII-IX рёбер одноимённой стороны (рис. 2), создании углубления раковины путём формирования кон-

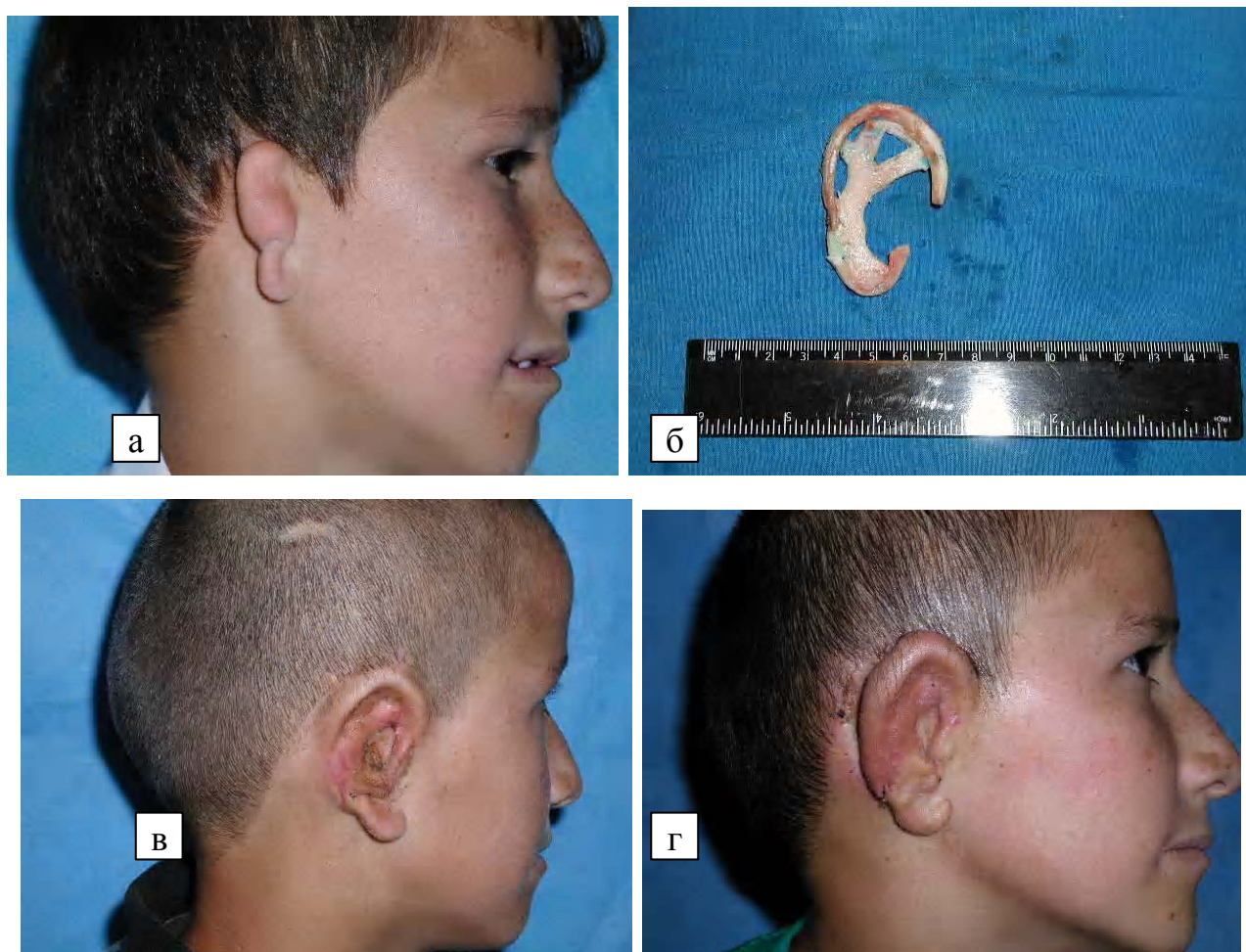


Рис. 1. Формирование ушной раковины способом Tanzer и Brent. а – микроотия III степени; б – сформированный хрящевой каркас из хрящей VI-VII рёбер; в – вид ушной раковины через 3 месяца после выполнения первого этапа операции; г – окончательный вид ушной раковины после второго этапа её формирования.

туров козелка и противокозелка, а также приведение мочки уха в правильную позицию.

На втором этапе до операции доплерографически определяли проекцию прохождения поверхностной височной артерии и её ветвей. Окаймляющим разрезом, отступая на 2 мм от контуров завитка, сформированная ушная раковина отделялась от сосцевидного отростка. По старому послеоперационному рубцу из рёберной дуги одноимённой стороны забирался хрящевой аутоотрансплантат. Последний моделировался в виде полулунной формы и вклинивался в позадиушной угол в виде распорки. Поднимался васкуляризированный лоскут височной фасции, которым укрывался вклинившийся хрящевой аутоотрансплантат и задняя поверхность созданной ушной раковины. Дефект покровных тканей задней поверхности ушной раковины и позадиушной области укрывался полнослойным кожным трансплантатом из надключичной области (рис. 3). Способом Nagata нами оперированы 6 больных с микроотией I (1), II (2) и III (4) степени.

Клиническое наблюдение №2. Больной П., 16 лет. Обратился с правосторонней микроотией III степени. Больному в плановом порядке 21.10.2003г. выполнен первый этап формирования ушной раковины способом Nagata. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажили первичным натяжением. Через 2 месяца после операции контуры имплантированного хря-

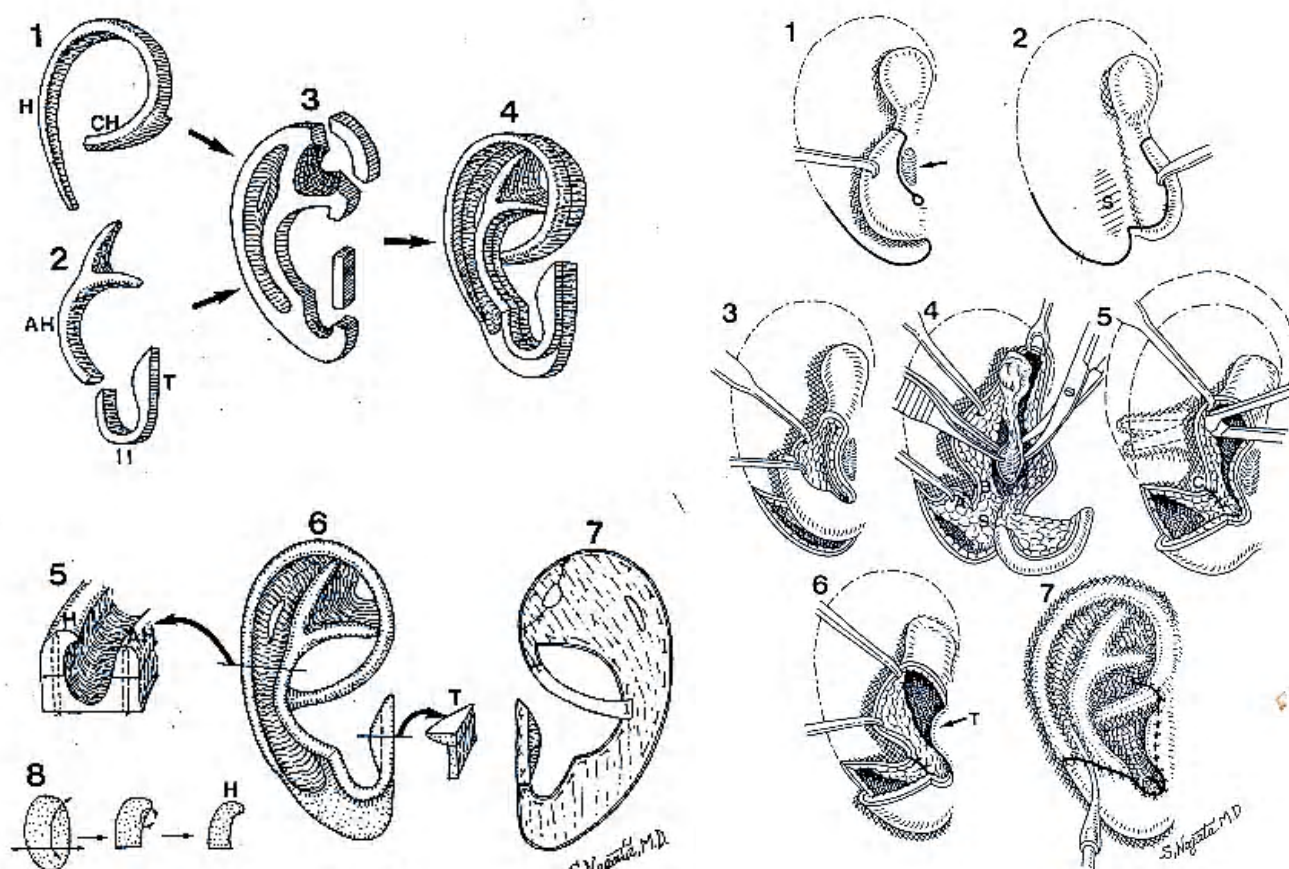


Рис. 2. Схема формирования хрящевого каркаса ушной раковины по способу Nagata (Заимствована из статьи Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia // Plas.Reconstr.Surg.- 1993. - V. 92. - N 2. - P. 187-201).

щевого каркаса удовлетворительные, мочка уха в правильном положении, рубцы оформленные. Больному под общим обезболиванием выполнен второй этап операции в классическом варианте (рис. 4).

Учитывая то, что все элементы сформированного хрящевого каркаса, несмотря на сложную конструкцию слабо контурируются и к тому же такой каркас менее устойчив, мы в дальнейшем разработали собственный способ моделирования хрящевого аутоотрансплантата. Этим способом хрящевой каркас создан нами из хрящевой части VI-VII рёбер единым блоком. Контуры завитка, противозавитка, козелка с противокозелком, которые в классическом способе Nagata формируются дополнительным подшиванием истончённых фрагментов аутохряща, сформированы в составе самого хрящевого каркаса собственно раковины без дополнительного подшивания хрящевых фрагментов. Этим мы добились более прочного хрящевого каркаса формируемой ушной раковины с такими же контурами, которые получаются при создании каркаса способом Nagata. Остальные этапы формирования ушной раковины выполнены в классическом варианте способа Nagata. Этим способом оперированы 3 больных с микротией.

В одном случае с микротией III степени ушная раковина сформирована нами в одном этапе. Из хрящей VI-VII рёбер сформирован единый хрящевой каркас с созданием контуров всех

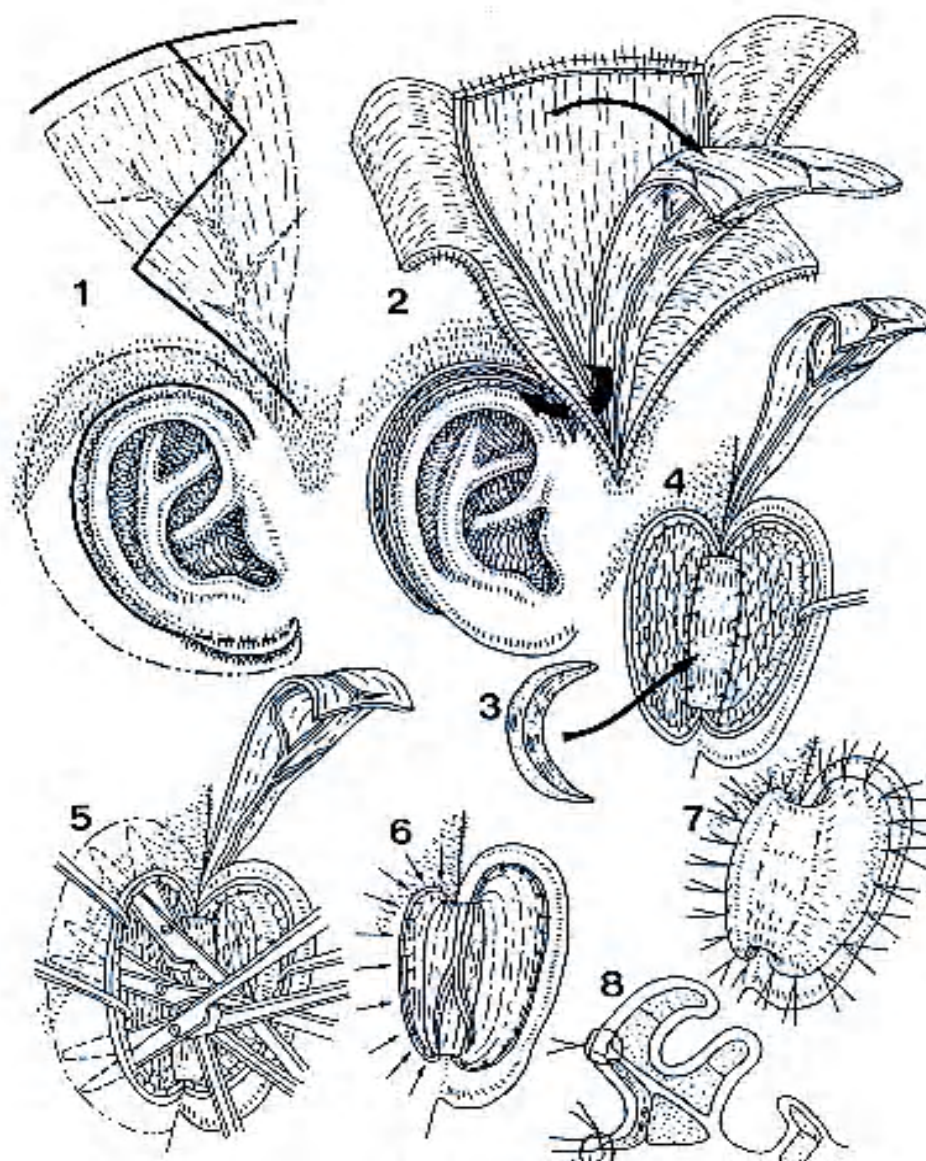
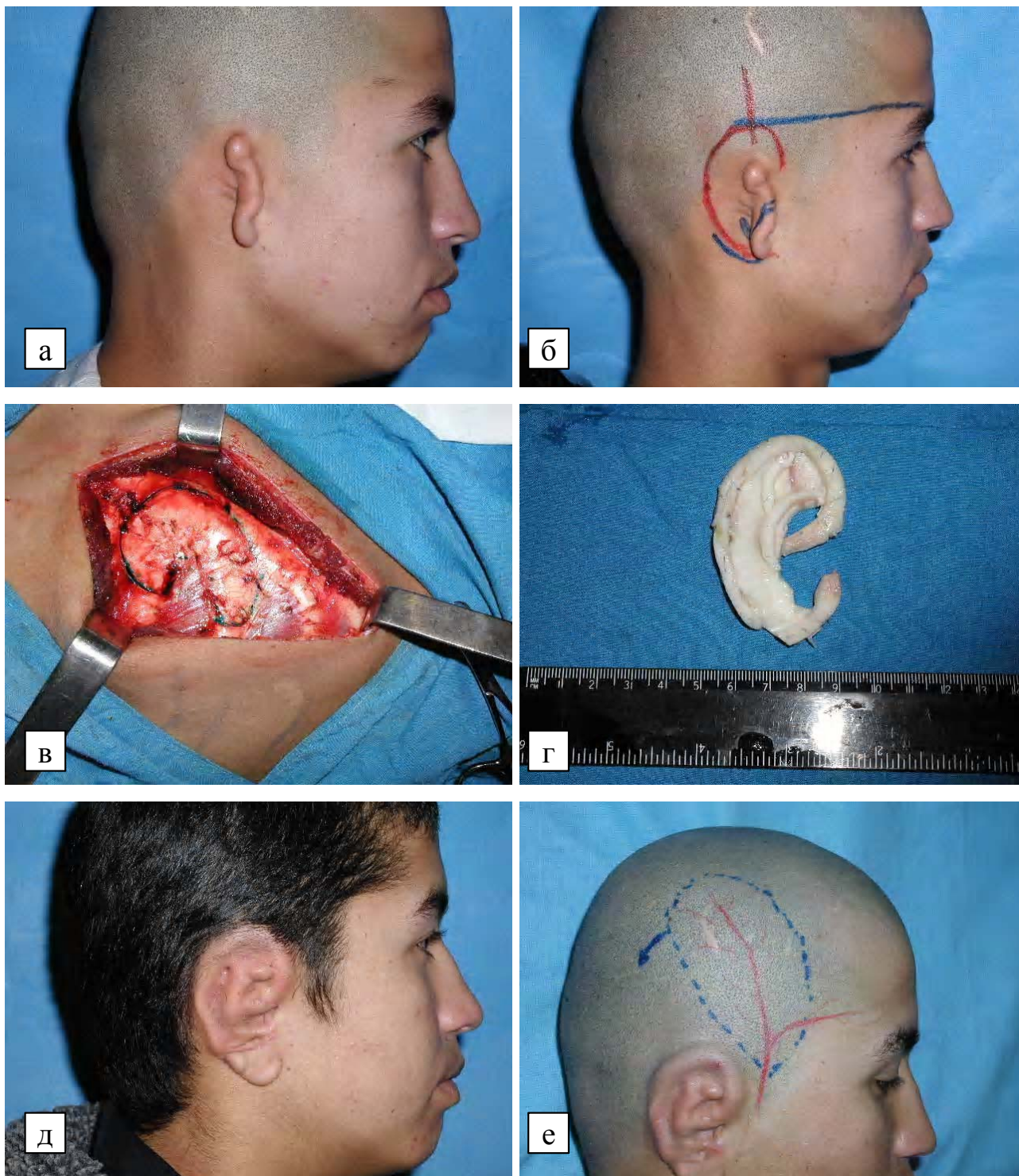


Рис. 3. Схема выполнения второго этапа операции по способу Nagata (Заимствована из статьи Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia // *Plas.Reconstr.Surg.*- 1993. - V. 92. - N 2. - P. 187-201).

элементов ушной раковины. Из кожи рудимента ушной раковины и позадиушной области поднят кожно-фасциальный лоскут на широкой передней ножке для укрытия передней поверхности формируемой ушной раковины. Поднят васкуляризированный лоскут височной фасции, которым со всех сторон окутан сконструированный единый хрящевой каркас. Этот комплекс подшит к остаткам хряща рудиментарной ушной раковины с приданием правильной проекции и необходимого угла стояния каркаса. Передняя поверхность конструкции укрыта кожно-жировым лоскутом, а задняя её поверхность и дефект позадиушной области – полнослойным кожным трансплантатом из надключичной области.

Результаты и их обсуждение. Ранний послеоперационный период в 9 случаях протекал

гладко, раны зажили первичным натяжением, имплантированные хрящевые каркасы были в удовлетворительном состоянии, все элементы сформированной ушной раковины хорошо контурировались, пересаженные кожные трансплантаты прижились во всех случаях. Лишь в одном случае после первого этапа формирования ушной раковины способом Nagata отмечался краевой некроз кожи на небольшом участке, который после очищения от некротических тканей зажил вторичным натяжением и больному через 3,5 месяца после заживления ран



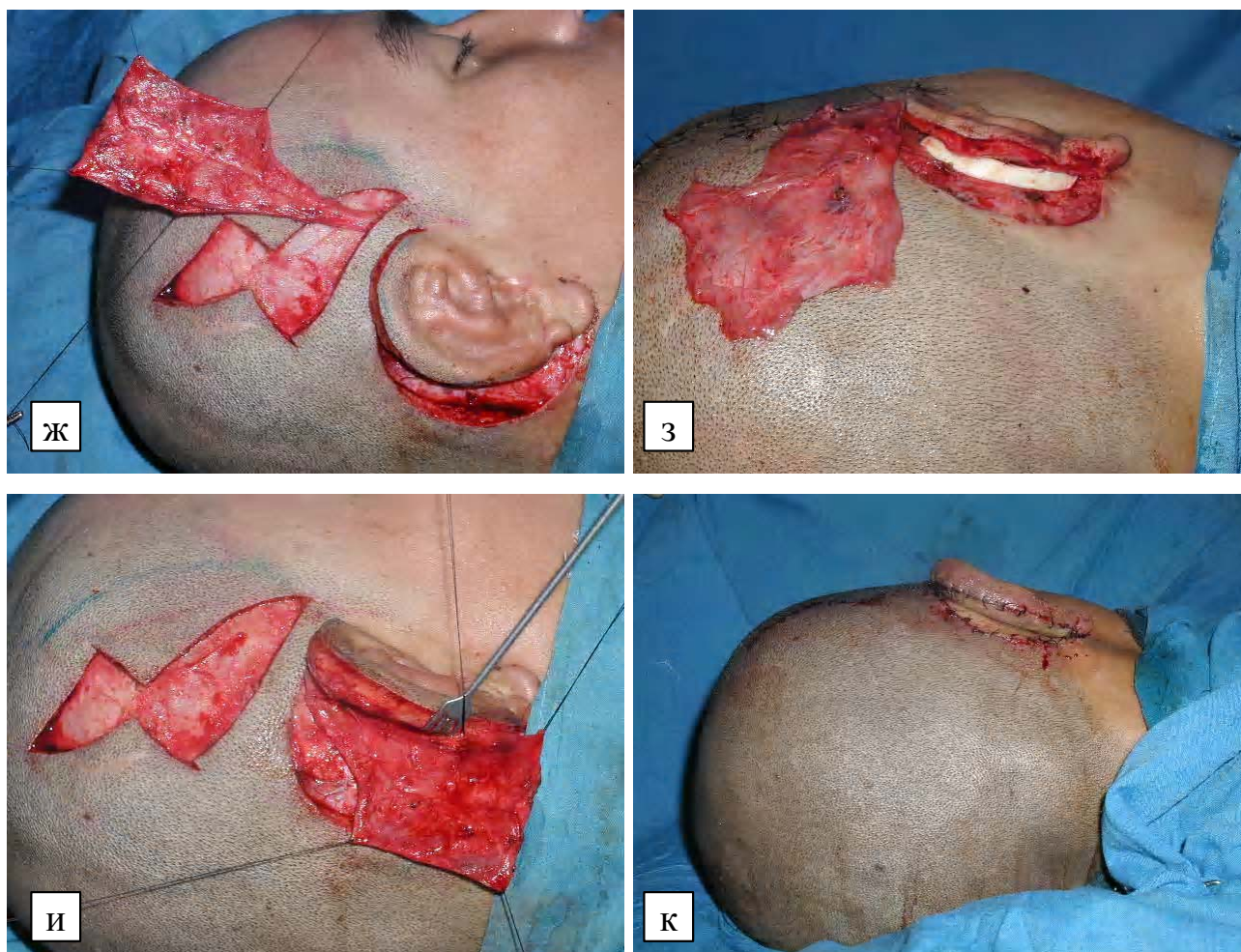


Рис. 4. Этапы формирования ушной раковины по способу Nagata при микротии III степени. I этап: а – правосторонняя микротия III степени; б – схема разреза кожи и контуров подкожного кармана при выполнении первого этапа операции; в – маркировка контуров основы хрящевого каркаса из VI-VII рёбер; г – окончательный вид сформированного хрящевого каркаса со всеми его элементами по способу Nagata; д – вид ушной раковины через 2 месяца после первого этапа операции; II этап: е – проекция височной артерии и предполагаемые контуры поднимаемого лоскута височной фасции; ж – поднятый лоскут височной фасции на сосудистой ножке (височная артерия с сопровождающими венами); з – вклинённый полулунной формы хрящевой аутоотрансплантат в аурикуло-мастоидном углу; и – укладывание кровоснабжаемого лоскута височной фасции поверх вклинённого хряща; к – укрытие дефекта покровных тканей задней поверхности сформированной ушной раковины и позадиушной области полнослойным кожным аутоотрансплантатом из надключичной области.

произведён второй этап операции с удовлетворительным исходом. В целом во всех 10 случаях ближайшие результаты были удовлетворительными.

Отдалённые результаты в сроках от 6 месяцев до 5 лет изучены нами у всех оперированных. Для оценки отдалённых результатов учитывали проекцию расположения обеих ушных раковин, сравнительные размеры сформированной и здоровой ушной раковины, угол стояния ушных раковин или так называемого аурикуло-мастоидного (между сосцевидным отростком

и ушной раковиной) угла [10], а также сходство формы и контуров каждого элемента ушных раковин. Согласно этим критериям, у 5 больных отдалённые результаты оценены как отличные. В том числе один случай после формирования ушной раковины способом Tanzer и Brent, и 4 случая - после способа Nagata (рис. 5 и 6).

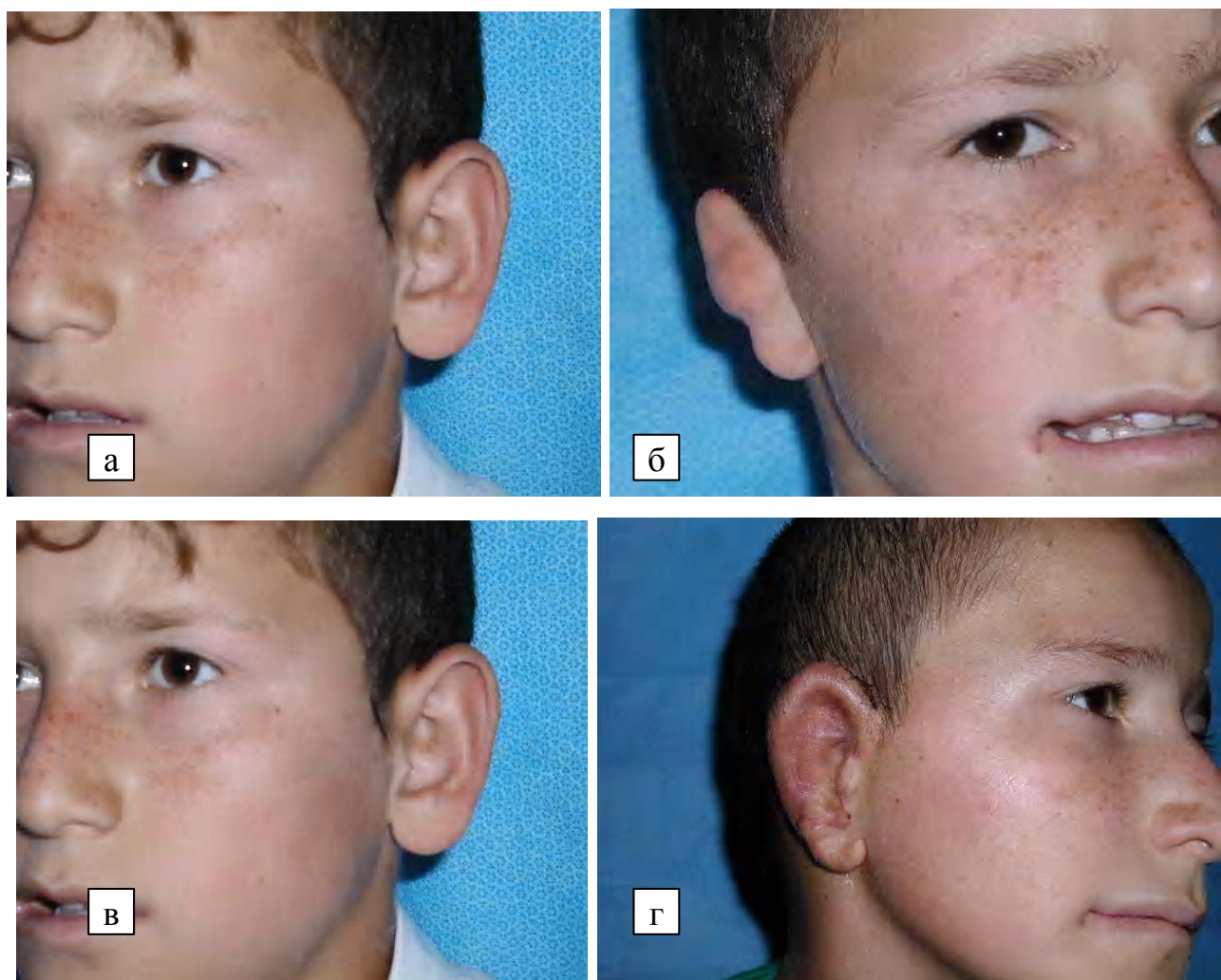


Рис. 5. Отдалённый результат после формирования ушной раковины способом Tanzer и Brent. а и б – здоровая и anomальная ушная раковина до операции; в и г – отдалённый результат формирования правой ушной раковины через 6 месяцев.

В двух случаях отмечались хорошие отдалённые результаты, которые наблюдались по одному случаю после операции способом Nagata и Brent. Удовлетворительные результаты имели место у 3 оперированных больных. При изучении отдалённых результатов в зависимости от способа формирования ушной раковины нами установлено, что после операции способом Nagata (6) в 4 случаях получены отличные, по одному случаю хорошие и удовлетворительные отдалённые результаты. После операции способом Tanzer и Brent (3) отличные, хорошие и удовлетворительные отдалённые результаты отмечались по одному наблюдению. После одноступенчатого формирования ушной раковины (1) при микротии III степени отдалённый результат был удовлетворительным.



Рис. 6. Отдалённый результат после формирования ушной раковины способом Nagata. а и б – аномальная и здоровая ушная раковина до операции; в и г – отдалённый результат формирования левой ушной раковины через 1 год после второго этапа операции.

Проблемы при создании ушной раковины, как указывают большинство авторов, многочисленны и одна из них - это многоэтапность хирургического лечения [5,6,14,16]. Ряд авторов считают, что одноэтапное формирование ушной раковины возможно лишь при парциальных дефектах ушной раковины [13,14,17]. В литературе, посвящённой проблемам хирургического лечения микротии, на наш взгляд, уделено недостаточное внимание вопросу одноэтапного формирования ушной раковины. Мы считаем, что усовершенствование способа одноэтапного формирования всей ушной раковины должно быть перспективным направлением в хирургическом лечении микротии всех степеней.

В отношении вмешательств, направленных на создание наружного слухового прохода и улучшающих слух, мнение авторов противоречиво. По мнению С. Н. Лапченко (1972) эти операции при микротии с атрезией наружного слухового прохода проводить необходимо [4]. Большинство других авторов считают, что слухоулучшающие операции при полной атрезии наружного слухового прохода имеют большой процент осложнений. Сформированная кожная выстилка его рубцуется, кожное сало проникает в полость среднего уха, застаивается и нагнаивается, что приводит к хроническому мезотимпаниту. В связи с вышеизложенным, от фор-

мирования наружного слухового прохода при создании ушной раковины большинство хирургов отказались и прибегают только к имитации наружного слухового прохода [2,5,7,12]. Учитывая данные вышеуказанных авторов, нами формирование наружного слухового прохода не произведено ни в одном случае.

Таким образом, формирование ушной раковины при микротии является сложной хирургической проблемой, которая требует многоэтапных оперативных вмешательств. Среди предложенных на сегодняшний день способов формирования ушной раковины при микротии, на наш взгляд, самым оптимальным является способ Nagata, после которого в большинстве случаях отдалённые результаты превосходят результаты других способов. Дальнейшие исследования должны быть направлены на изучение возможностей и усовершенствование одноэтапного формирования ушной раковины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водяницкий В.Б., Лебедев К.В., Быстров А.В. и др. Реконструкция ушной раковины у детей с микротиями методом продлённой дермотензии // Анн. пласт. рекон. и эстет. хир. 2003. № 3. - С. 18-24
2. Ищенко А.Л. Восстановление ушных раковин при тотальных и субтотальных дефектах различной этиологии // Автореф. канд. дисс., М., 2003
3. Кручинский Г.В., Неробеев А.И. Устранение дефектов ушной раковины // Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области, сборник под ред. А.И. Неробеева, Н.А. Плотникова. М., Медицина. 1997. - С. 136 - 156
4. Лапченко С.Н. Врождённые пороки развития наружного и среднего уха и их хирургическое лечение. М., Медицина. 1972
5. Brent B. Auricular repair with sculpted autogenous rib cartilage // Auricular and middle ear malformations, ear defects and their reconstruction. 1998. P. 17 – 30
6. Brent B. The correction of microtia with autogenous cartilage grafts: I. The classic deformity // Plast. Reconstr.Surg. 1980. Vol. 66. N 1. P. 1-12
7. Every R.D. Microtia and significant auricular malformation // Arch. Otolaryng. Head Neck Surg. 1995. Vol. 121. P. 51 - 62
8. Gillies H. Plastic surgery of the face. - London. - H.Frowde, Hodder & Stoughton. 1920
9. Katzbach R., Klaiber S. Ohrmuschelrekonstruktion bei hochgradiger Mikrotie // HNO. 2006. Vol. 54. P. 493-514
10. Kompatscher P., et. al. The cartilage-sparing versus the cartilage-cutting technique: a retrospective quality control comparison of the Francesconi and Converse otoplasties // Aesthetic Plast Surg. 2003. Vol. 27. P. 446 - 453
11. Krupp S. Plastische Chirurgie: Klinik und Praxis. - Ecomed, Landsberg. 1997
12. Nagata S. A new method of total reconstruction of the auricle for microtia // Plas.Reconstr.Surg. 1993. Vol. 92. N 2. P. 187-201
13. Park C., Chung S. Single-stage two-flap method for reconstruction of partial auricular defect // Plast. Reconstr. Surg. 1998. Vol. 102. P. 1175
14. Robert L.Walton, Elisabeth K. Beahm Auricular Reconstruction for Microtia: Part II. Surgical Techniques // Plast. Reconstr.Surg. 2002. Vol. 110. N 1. P. 234 - 249
15. Tagliacozzi G. De curtorum chirurgia per insitionem. - Venice, Gaspare Bindoni. 1597
16. Tanzer R.C. Total reconstruction of the external ear // Plast.Reconstr.Surg. 1959. Vol. 23. N 1. P. 1-15
17. Yoshimura K., Nakatsuka T., Ichioka S. One-stage reconstruction of an upper part defect of the auricle //Aesthetic Plast. Surg. 1998.Vol. 22.P. 352

ХУЛОСА

Реконструкцияи суфраи гӯш хангоми микротия

У.А. Курбанов, А.А. Давлатов, И.З. Саидов, З.Ф. Нуралиев

Дар мақолаи мазкур таҷрибаи шахсии муаллифон оид ба табобати ҷарроҳии микротия бо усулҳои Tanzer, Brent ва Nagata бо як қатор тағйироту такмилҳо, хусусан нисбати марҳилаҳои амалиёти ҷарроҳӣ ва сохтани қолиби тағоякии куллан ягона, дарҷ шудааст.

Имкониятҳо ва натиҷаҳои дури усулҳои гуногуни сохтани суфраи гӯшро омӯхта, муайян карданд, ки амалиёти думарҳилагии сохтани гӯш бо усули Nagata беҳтарини онҳо ба шумор меравад.

Дар баробари ин, ба ақидаи муаллифон, самти афзалиятнок дар илоҷи ҷарроҳии микротия ин омӯзиши ҳамаҷонибаи имкониятҳо ва такмили усули сохтани суфраи гӯш дар як марҳила мебошад.

SUMMARY

RECONSTRUCTION OF HELIX UNDER MICROTIA

U.A. Kurbanov, A.A. Davlatov, I.Z. Saidov, Z.F. Nuraliev

In the article own experience of authors under surgical treatment under microtia using advanced methods of Tanzer, Brent and Nagata, especially in the relation to operation on cartilage-carcass by one block is given. Possibilities and remote results are used, and it is established that two-stage method on Nagata is the optimal. Authors count that perspective course in surgical treatment of microtia is close study of possibilities and improvement of one-stage formation of ear.

