

ВРОЖДЁННЫЕ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА

Драбская В. Л.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель: к.м.н., доцент Плавский Д. М.

Актуальность. Врожденные аномалии наружного уха – часто встречающаяся патология, которая сочетается с аномалиями наружного слухового прохода (далее – НСП) и среднего уха, а также с аномалиями внутреннего уха. Аномалии внутриутробного развития, возникшие до 6-й недели, приводят к серьезным порокам как наружного, так и среднего уха. Частота варьируется в пределах от 0,5 до 5,4 на 10 000 новорожденных. Существует большое количество различных методик реконструктивной отоластики, однако, общепризнанными считаются две: по R. C. Tanzer – V. Brent и по S. Nagata.

Цель. Представление опыта реконструктивных операций при врождённых пороках развития наружного и среднего уха в рамках гнойного оториноларингологического отделения для взрослых и детей Гродненской университетской клиники.

Методы исследования. Проводилось наблюдение за 50 пациентами с врожденными пороками развития уха в возрасте от 7 до 34 лет.

Результаты и их обсуждение. Из числа всех наблюдаемых 22 пациентам была выполнена меатотимпаноластика, из них у 14 – атрезия наружного слухового прохода носила односторонний характер, у 8 – двухсторонний. 28 пациентам была выполнена отоластика в объёме реконструкции ушной раковины. Техника операции при атрезии НСП включала формирование костного отдела НСП со вскрытием барабанной полости; мобилизацию или создание системы трансмиссии в среднем ухе; тимпаноластику с оссикулопластикой с использованием аутохрящевой ткани; меатоластику.

Из числа методик реконструктивной отоластики мы использовали технику R. C. Tanzer – V. Brent, а именно создание каркаса ушной раковины и ее размещение; поворот мочки в нужную позицию; приподнятие реконструированной ушной раковины и создание позадиушной борозды; углубление раковины и создание козелка; и технику по S. Nagata (забор аутологичного рёберного хряща, создание стабильной трёхмерной модели,

установки хрящевого аутологичного каркаса в сформированный подкожный карман; проекция ушной раковины и формирование заушной складки).

В нашей практике отоластики по S.Nagata первым этапом совместно с бригадой детских хирургов и/или торакальных хирургов проводился забор аутологичного рёберного хряща. При односторонней реконструкции использовали правую сторону, поскольку здесь нижняя граница плевральной полости несколько выше из-за расположения печени. Выполняли экспозицию 6, 7 и 8 ребер, которые полностью забирали в их хрящевой части. Далее создавали стабильную трёхмерную модель новой ушной раковины из реберного хряща в соответствии с изготовленным перед операцией шаблоном по аналогии с противоположной стороной. За счет перемещения имеющегося остатка или рудимента уха в большинстве случаев формировался хорошо кровоснабжаемый подкожный карман под установку новой ушной раковины.

Вторым этапом через 2,5-3 месяца выполняли пересадку свободного кожного лоскута для формирования угла между плоскостью ушной раковины и головой и стабильной заушной складки.

Все 28 пациентов, которым выполнялась реконструктивная отоластика, перенесли оперативное вмешательство хорошо. Удалось сформировать отсутствующую ушную раковину и различные ее анатомические структуры (козелок, противозавиток, мочка).

Выводы. 1. Формирование ушной раковины за два этапа не вызвали в наших наблюдениях повышенного числа осложнений. 2. Использование реконструктивных операций на ушной раковине при пороках ее развития позволяет получить положительный психо-эмоциональный результат у пациента, улучшить его социализацию. 3. Реконструкция уха при пороках его развития (дисплазия 2-й степени) должна осуществляться в полном объёме, а именно реконструкция ушной раковины и наружного слухового прохода. 4. Пациенты должны быть информированы о возможных альтернативных методах перед выбором тактики лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кручинский, Г. В. Устранение дефектов ушной раковины / Г. В. Кручинский, А. И. Неробеев // Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области : Рук-во для врачей / под ред. А. И. Неробеева, Н. А. Плотникова. – М.: Медицина. – 1997. – С. 136-155.