Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования. КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

[Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=304)

РЕФЕРАТ НА ТЕМУ:

Эстетическая отопластика

Заведующий кафедрой: ДМН, профессор Винник Юрий Семенович

Выполнил: Ординатор 2 года обучения

Коновалов Сергей Геннадьевич

2021г.

ВВЕДЕНИЕ

Наиболее распространенной формой врожденной деформации наружного уха являются оттопыренные ушные раковины. Для нее характерно чрезмерное отстояние ушных раковин от поверхности головы. Это может быть обусловлено следующими факторами. 1. Увеличением высоты чаши при хорошо выраженном противозавитке с четким контурированием его латеральной ножки, скафоконхальный угол в норме. 2. Недоразвитием противозавитка и его ножек, выраженным в различной степени. При этом отмечается увеличение ушно-головного угла до 90 градусов, а скафоконхального - до 150 градусов. 3. Сочетанием увеличения высоты чаши и недоразвития противозавитка. В таких случаях расстояние от завитка до поверхности головы достигает 3,0-3,5 см, ушно-головной угол составляет 90 градусов, а скафоконхальный - до 170. Для уточнения вида деформации достаточно прижать край завитка к коже головы. Таким образом можно определить степень недоразвития противозавитка и избыточную величину хряща чаши ушной раковины.

ПОКАЗАНИЯ К КОРРЕКЦИИ УШНЫХ РАКОВИН

Выбор способа оперативной коррекции зависит от вида деформации, структуры местных тканей и возраста пациента. Существуют определенные показания к эстетическим операциям на ушных раковинах. Эти показания могут быть абсолютными, когда имеется резко выраженная деформация ушных раковин, нарушающая внешний вид пациента, и относительными, когда изменения незначительны, но они постоянно привлекают внимание пациента и угнетают его. Основные задачи пластики оттопыренных ушных раковин были изложены А. J. McDowel1 (1968). 1. Исправить все нарушения пропорций, особенно отстояние в верхней части ушной раковины (некоторое отстояние в средней и нижней частях может быть приемлемым). 2. Анфас завиток обеих ушных раковин должен быть виден из-за противозавитка (по крайней мере, до середины ушной раковины и желательно на всем протяжении). 3. Обеспечить ровный и гладкий контур противозавитка по всей его длине. 4. Заушное углубление не должно быть слишком уменьшено, а его форма не должна быть нарушена. 5. Предупредить избыточное прижатие ушной раковины к голове (особенно у мальчиков). Расстояние от наружного края завитка до кожи сосцевидного отростка равняется 10-12 мм у верхушки, 6-8 мм в средней части и 20-22 мм в нижней трети. 6. Обеспечить симметрию обеих раковин (т. е. расстояние от латерального края до головы в симметричных точках должно быть примерно одинаковым, допустимая разница менее 3 мм). Одной из важнейших задач отопластики является достижение симметрии ушных раковин, особенно при выполнении операции только с одной стороны. Операции по устранению деформаций ушных раковин рекомендуется проводить, начиная с шести-, семилетнего возраста, когда в основном заканчиваются формирование и рост ушных раковин.

МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ УШНЫХ РАКОВИН в настоящее время известно значительное количество различных методов коррекции лопоухости, большинство из которых позволяют получить хорошие результаты. Их можно разделить на три большие группы: 1. Уменьшение высоты чаши ушной раковины путем иссечения части хряща или фиксации его к надкостнице сосцевидного отростка. 2. Формирование складки противозавитка путем наложения постоянных стягивающих швов на ушной хрящ с внутренней стороны. Для уменьшения его упругости предлагалось ослаблять хрящ при помощи фрез или нанесения дополнительных разрезов. 3. Создание правильной формы противозавитка при помощи насечек на его наружной поверхности. В последние годы многие авторы отмечали достижение хороших результатов при использовании рациональных комбинаций этих методов в зависимости от вида деформации. В 1997 году S. Sta1s, У. KlebLlc и М. Spira предложили алгоритм отопластики, который учитывает вид и степень выраженности деформации и помогает выбрать оперативные приемы для ее устранения. Ушную раковину приближают к коже заушной области так, чтобы между ними образовался нормальный угол. Затем по величине образующейся кожной складки определяют и маркируют объем покровных тканей, подлежащих иссечению. Рисунок наносят на задней поверхности ушной раковины. Нельзя иссекать кожу по переходной складке, т. к. при грубом рубцевании раны в этой области могут возникать выраженные деформации кожной и хрящевой частей наружного уха. В зависимости от возраста и психо-эмоционального состояния пациента операцию выполняют под седацией психотропными препаратами и местной анестезией (1 %-ный раствор лидокаина (маркаина) с адреналином в разведении 1:200000). Проведение операции под потенцированным местным обезболиванием представляется важным для снижения вероятности развития и своевременной диагностики злокачественной гипертермии. Инфильтрация тканей раствором анестетика в сочетании с вазоконстрикторами необходима для гидропрепаровки тканей, облегчающей отслойку кожных покровов от хрящевого остова. Данная мера также уменьшает капиллярное кровотечение в ходе хирургического вмешательства.

Ушные раковины с отстоящей чашей и сформированным противозавитком.

Для лечения оттопыренных ушных раковин с отстоящей чашей и хорошо сформированным противозавитком может быть использована методика D. Furnas (1968). Она эффективна у детей и людей молодого возраста, когда хрящи податливы и легко смещаются. Иссекают полоску кожи эллипсовидной или S-образной формы на задней поверхности раковины. Обнажают и резецируют часть задней ушной мышцы, сохраняя ветви большого ушного нерва. Иссекают участок глубокой фасции, покрывающей сосцевидный отросток в области заушного углубления. Осуществляют тщательный гемостаз. Несколькими матрацными швами нитью нейлон 4/0 хрящ чаши фиксируют к надкостнице сосцевидного отростка, устраняя оттопыренность ушных раковин. Кожную рану зашивают узловыми рассасывающимися швами 5/0 или 6/0. Преимущество узловых швов перед обвивными заключается в профилактике втяжения внутрь свободного края кожи, что может привести к расхождению швов.Кроме того, при возникновении гематомы возможно ее опорожнение и дренирование через линию швов. Р. Bursteill (2003) рассекал хрящ параллельными разрезами в области чаши перед наложением швов по О. Furnas для уменьшения сопротивления плотного хряща в этой области. При плотном и неподатливом хряще можно выполнить иссечение полоски хрящевой ткани необходимой ширины из чаши ушной раковины ближе к краю противозавитка. Границы иссечения обозначают иглами для подкожных инъекций, введенными со стороны передней поверхности ушной раковины. Отслойка кожи по краям хрящевого дефекта позволяет избежать формирования кожной складки в области чаши. Края хряща сшивают П-образными швами нитями 4/0 чистый нейлон. Метод латерального лоскута, описанный М. Spira и S. Stal, предусматривает формирование хрящевого лоскута чаши ушной раковины, основание которого подшивают к надкостнице сосцевидного отростка

Ушные раковины с недоразвитым противозавитком.

Большинство методик, предложенных для коррекции деформации ушной раковины, заключающейся в недоразвитии противозавитка и его ножек, можно разделить на две большие группы. Одни авторы используют наложение стягивающих швов на задней поверхности ушного хряща для формирования противозавитка. Другие добиваются образования необходимой складки благодаря послабляющим насечкам на его наружной поверхности. Второй тип операций основан на наблюдении Т. Gibson и W. Davis (1958), выявивших, что надсеченный хрящ изгибается в направлении, противоположном насечкам. Это явление было позднее объяснено «блокированным стрессом», который реализовался после рассечения надхрящницы. Шовные технологии В детском возрасте и при достаточно тонком хряще ушной раковины у взрослых выполняют отопластику по J. Mustarde (1963). Ушную раковину прижимают к коже сосцевидного отростка. На обозначившуюся складку наносят линию, соответствующую противозавитку. Также отмечают места наложения матрацных швов, которые должны располагаться на расстоянии не менее 7 мм от этой линии. Иссекают полоску кожи эллипсовидной формы шириной от 3 до 10 мм. В области чаши и основания завитка отслаивают кожу и мягкие ткани от перихондрия. Инъекционными иглами и метиленовым синим маркируют точки наложения 3-4 швов. Матрацные швы из белого шелка проводят через всю толщу хряща, включая перихондрий с обеих сторон. Убедившись, что после завязывания швов формируется противозавиток естественной формы, зашивают кожную рану.

Отопластика по J. Converse-D. Wood-Sтith.

Этот метод показан при деформации, вызванной увеличением высоты чаши в сочетании с несформированным противозавитком у пациентов с упругим неподатливым хрящом. Прижав завиток ушной раковины к коже заушной области, производят маркировку контуров будущего противозавитка на обеих поверхностях ушной раковины. Отмечают верхнюю границу треугольной ямки, наружный край латеральной ножки и линию соединения чаши с противозавитком. На внутренней поверхности ушной раковины иссекают участок кожи вместе с подлежащими мягкими тканями и перихондрием в области противозавитка. После тщательного гемостаза иглами для подкожных инъекций, проведенными сквозь ушной хрящ, обозначают линии будущих разрезов, соответствующие маркировке на коже. Производят рассечение хряща по верхней границе треугольной ямки, наружному краю латеральной ножки и в области соединения чаши с противозавитком. Накладывают несколько матрацных швов бесцветным нейлоном 4/0 так, чтобы свернуть противозавиток в виде желоба. Швы накладывают с некоторым натяжением, формируя необходимый изгиб хряща. Прижав вновь сформированный противозавиток к сосцевидному отростку, определяют избыток чаши ушной раковины. Иссекают намеченный участок хряща, форма которого варьирует в зависимости от вида деформации. Нитью нейлон 4/0 сближают хрящевые поверхности противозавитка и чаши так, чтобы избежать выворачивания острых краев. Кожную рану зашивают быстро рассасывающимся викрилом. Модификация А. Т. Груздевой метода J. COl1verse предусматривает соединение разрезов ушного хряща в области верхнего полюса раковины для большей его мобилизации и наложение непрерывного матрацного шва при формировании противозавитка.

Методы послабления хряща

Методы послабления наружной поверхности хряща заложены в работах S. J. Stel1strom (1963). Вначале он ослаблял ушной хрящ в области формируемого противозавитка путем нанесения мелких «зарубок» на его наружной поверхности через небольшой разрез у основания завитка. Позднее автор модифицировал свою методику, выполняя разрез кожи на внутренней поверхности раковины, широко отслаивая мягкие ткани в области ладьевидной ямки и производя насечки инструментом типа рашпиля с мелкими зубчиками

Метод ослабления хряща путем насечек скальпелем на его наружной поверхности предложен V. Chongcllet (1963).

В настоящее время широкое распространение получили различные его модификации. Методика очень популярна в Европе. Южно-африканские хирурги, имевшие 20-летний опыт ее применения, отмечали, что ни в одном из наблюдений не возникало показаний для повторной эстетической коррекции оперированных таким способом раковин. Другие авторы также отмечали перспективность отопластики путем нанесения насечек на наружной поверхности ушной раковины, указывая преимущества этой методики: анатомичность, обеспечение ровных плавных контуров и естественных изгибов ушного хряща, отсутствие втяжения или визуализации шовных нитей. Р. Peker и В. Celikoz (2002) после нанесения насечек фиксировали противозавиток и его латеральную ножку дополнительными швами PDS 4/0, свернув их в подобие трубочки. Авторы получали в результате этих операций стойкие результаты с естественной формой ушных раковин

А. Гурьянов (2002) использовал «слепой» метод нанесения насечек на передней поверхности ушного хряща. Он рассекал кожу на задней поверхности ушной раковины и через продольный разрез длиной 1 см в нижней трети противозавитка хрящевым ножом проводил несквозные продольные насечки на его передней поверхности. Ослабленный хрящ фиксировал тремя П-образными швами в области средней и нижней частей противозавитка, а также его латеральной ножки. Рану зашивали кетгутом 6/0. Автор отмечал уменьшение травматичности и времени операции, получение плавных контуров ушной раковины, т. к. не проводилось рассечения хряща по всей его высоте. Вместе с тем известно, что при отсутствии подкожно-жирового слоя отслойка кожи от надхрящницы ушной раковины представляется весьма сложной. В этой связи слепая туннелизация для проведения насечек хряща сопряжена с повышенным риском неконтролируемых кровотечений и гематом. Представляют интерес полученные в эксперименте хорошие результаты механической абразии ушных хрящей, выполненных при помощи эндоскопической техники без наложения швов в эксперименте

Коррекция отстоящей мочки.

Операцию выполняют по D. Wood-SmШ1 (1980). После выполнения отопластики наносят схему треугольного разреза на мочке уха. Мочку прижимают пальцем, оставляя отпечаток рисунка будущего разреза на коже заушной области. Иссекают обозначенный участок кожи в виде «рыбьего хвоста». Осуществляют гемостаз. На кожу накладывают швы нитью нейлон 5/0, приближающие мочку к коже сосцевидного отростка

Авторская методика отопластики

В своей практике мы отдаем предпочтение открытой отопластике по бесшовной технологии, которую выполняем при оттопыренных ушных раковинах с любой степенью недоразвития противозавитка и при умеренной высоте чаши. Операцию проводят следующим образом (рис. 3.7-15). Анестезия. Предпочитаем местное обезболивание 1%-ным раствором лидокаина с адреналином в разведении 1:100000 или 1:200000. для эффективной анестезии одной ушной раковины вводим от 4 до 6 мл раствора анестетика, из них 3-4 мл раствора применяем для анестезии задней поверхности и 1-2 мл -для передней поверхности ушной раковины. Особое внимание уделяем инфильтрации передней поверхности, где кожный покров тонок и интимно связан с хрящевым остовом. Здесь зона введения раствора анестетика располагается по всей длине противозавитка и латеральной ножки до завитка краниально и вплоть до межкозелковой вырезки в каудальном направлении. Раствор стремимся вводить под перихондрий. В случае необходимости небольшие количества анестетика (0,3-0,5 мл) дополнительно вводим в область дна чаши ближе к ножке завитка, в треугольную ямку и вдоль медиальной ножки противозавитка. Сам процесс анестезии может быть весьма болезненным, что особенно актуально для пациентов моложе 12 лет



Для снижения уровня болезненности необходимо соблюдать общие правила местной анестезии:

• медленное введение без форсированной нагрузки на поршень шприца;

• использование шприца наименьшего объема, а иглы - наименьшего диаметра (инсулиновый шприц);

• периодические паузы на 10-30 секунд с массажем зоны введения;

добавление 2 мл 8,4%-ного раствора бикарбоната натрия на 10 мл раствора для снижения эффекта раздражения тканей анестетиком;

• экспозиция 10-15 минут после анестезии до начала вмешательства (для рационального выполнения этого условия анестезию выполняем с обеих сторон до одевания хирургом халата и перед окончательной укладкой пациента с укрыванием его бельем). для детей младше 9 лет, особенно по просьбе родителей, предпочтение отдавали общему обезболиванию посредством внутривенного наркоза. К наркозу прибегали и при необходимости выявления источника кровотечения в случае возникновения этого осложнения.

Разрез. На задней поверхности ушной раковины выполняем прямой (Пшениснов) или S-образный (Бессонов, Савицкий) разрез кожи, начиная 1 см. от завитка на уровне латеральной ножки и каудально до мочки. Во избежание рубцовых деформаций разрезы не про водим через заушную складку. Кожу обычно не иссекаем, в послеоперационном периоде она хорошо сокращается. Особенно это касается наблюдений, когда причина оттопыренных ушных раковин только в недоразвитии противозавитка, а чаша имеет нормальные размеры и форму. Мобилизация хряща и формирование из него лоскута. Кожу по задней поверхности ушной раковины отслаиваем субперихондрально до середины кривизны завитка. Затем, отступя 3-5 мм от видимой границы отслойки (или 8-10 мм от края завитка), параллельно завитку выполняем разрез хряща на всю толщину до перихондрия передней поверхности ушной раковины. При этом краниальный край разреза должен достигать медиальной ножки, а каудальный - заканчиваться на хвосте завитка. Отслойку кожи с перихондрием следует выполнять особенно осторожно во избежание перфорации. Хорошо себя зарекомендовала отслойка тупым способом ножницами и элеватором Cottle. Ткани отслаиваем до края чаши или даже чуть в глубь ее. Краниально обнажаем треугольную ямку и часть медиальной ножки. Каудально граница отслойки распространяется до межкозелковой вырезки. Моделирование хряща. По передней поверхности хряща вдоль предполагаемого изгиба противозавитка и латеральной ножки лезвием скальпеля выполняем насечки. Глубина этих насечек варьирует, редко превышая 2/3 толщины хряща. Основную часть продольных насечек в количестве 6-8 делаем на всю планируемую длину одним движением, не прерываясь. Придерживаемся расстояния между насечками около 2-3 мм у свободного края хряща с сужением по направлению к противокозелку. В результате одностороннего послабления происходят произвольное сгибание хряща и приближение ушной раковины к голове на необходимое расстояние. В соответствии с законом Davis и Gibson степень сгибания хряща зависит от количества, глубины и направления насечек. Кроме основных продольных насечек для преодоления упругости хряща при необходимости наносим дополнительные надрезы произвольного направления. Чаще всего это делаем в средней части противозавитка, где хрящ имеет естественный изгиб. Здесь требуется уравновешивание взаимных торсионных влияний В двух плоскостях. На этапе моделирования осуществляем постоянный контроль степени сгибания хряща и положения его свободного края по отношению к голове для достижения точных пропорций и расстояний. для этого в ходе операции неоднократно пользуемся линейкой, делая замеры от края хрящевого лоскута до кожи области сосцевидного отростка. Неукоснительное соблюдение этого правила уменьшает возможность гиперкоррекции, неполной коррекции и асимметрий. Сложной частью для моделирования является каудальная часть противозавитка, где хрящ массивный и упругий, а поверхностные насечки совершенно не способны изменить его форму. Не устранив эту проблему, можно столкнуться с неудовлетворительным эстетическим результатом, когда нижняя треть ушной раковины будет сильно отстоять и ушно-головной угол окажется развернутым вниз. Иногда достаточно выполнить несколько сквозных продольных разрезов и соединить стороны противозавитка П-образным швом. При очень выраженном сопротивлении хряща в каудальной трети противозавитка последний освобождаем путем поперечного рассечения хряща на уровне или чуть выше противокозелка. Продольным разрезом удаляем небольшой выступающий фрагмент хвоста завитка. Далее наносим глубокие, или даже сквозные, продольные насечки с моделированием хряща П-образным швом. При умеренно увеличенной чаше при меняем несложный технический прием ДЛЯ ее уменьшения. Наносим несколько продольных насечек на передней поверхности хряща кнутри края чаши вдоль противозавитка. В результате происходит складывание хряща чаши в сторону противозавитка. Хрящевая рамка завитка в ходе операции остается свободной и податливой. Обычно ширина (от 8 до 10 мм) оставленного хряща гарантирует это. В очень редких случаях приходится рассекать хрящ для послабления излишней упругости. В единичных наблюдениях выполняем фиксацию хряща завитка к свободному краю смоделированного хряща. После выполнения всех манипуляций хрящ сохраняет приданную форму.

Зашивание раны и наложение повязки.

После тщательного гемостаза кожу зашиваем узловыми швами викрил рапид 4/0 от верхнего угла раны к нижнему. Внимательно следим за хорошей адаптацией краев раны, избегая нахлестов кожи и складок в углах. Затем шприцем 10 мл и иглой для инъекций из-под кожного лоскута удаляем воздух, чем достигается хороший контакт между тканями. За ушную раковину укладываем турунду, пропитанную антисептиком, для предупреждения прижатия раковины к голове и создания опоры для других повязок. Во все углубления передней поверхности ушной раковины (в чашу, ладьевидную и треугольную ямки) укладываем турунды, обильно пропитанные мазью с антибиотиком (тетрациклиновой, гентамициновой и т. п.). За ухо и поверх него дополнительно укладываем повязку в виде спирали из сложенной пополам большой салфетки. Их фиксируем эластичным бинтом без давления на ушные раковины.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Первая пере вязка проводится на следующий день с целью ранней диагностики и опорожнения возможных гематом. Турунду за ушной раковиной, которая к этому времени оказывается пропитанной кровью, меняют на турунду с мазью (эритромициновой, гентамициновой или тетрациклиновой). Вторая пере вязка и осмотр проводятся на 8-е сутки. К этому времени отпадают концевые фрагменты рассасывающихся нитей. Разрешается мыть голову. Эластичную повязку рекомендуется носить в течение 2 недель только ночью во избежание случайного подворачивания ушной раковины во сне. Контрольный осмотр проводят через 1,5-2 месяца после исчезновения отека ушных раковин

Боли в послеоперационном периоде могут быть оценены как наиболее частое осложнение. Сильные боли в области ушей в первые двое суток после операции свидетельствуют, как правило, об избыточном давлении повязок, а также о развитии гематомы. Боли через несколько дней после хирургического вмешательства заставляют думать о развитии воспалительных процессов. Периодически возникающие болевые ощущения могут быть связаны с регенерацией чувствительных ветвей большого ушного нерва или других нервов, которые были пересечены во время операции. Введение 0,5%-ного раствора маркаина (бупивакаина) с адреналином 1 :200000 вокруг ушной раковины после окончания хирургического вмешательства избавит пациента от болевых ощущений, уменьшит его беспокойство и дискомфорт. Наиболее существенным осложнением после операции является гематома, для которой характерны распирающая или пульсирующая боль, синюшность и напряжение тканей, выделение крови из раны. Для профилактики этого осложнения необходим тщательный гемостаз по ходу операции путем электрокоагуляции кровеносных сосудов. Перед зашиванием раны делают дополнительный осмотр с целью исключения возможности кровотечения после прекращения действия вазоконстрикторов. Первую пере вязку производят на следующий день после операции. В случае возникновения гематомы нужно удалить ее содержимое при помощи пунктирования, отсасывания или путем разведения краев раны, электрокоагуляции источников кровотечения и дренирования. После этого накладывают повязку, назначают кровоостанавливающие препараты и антибиотики для предупреждения развития воспалительных осложнений. При наложении слишком тугой повязки с нарушением трофики в отслоенных кожных покровах может возникнуть мацерация эпителия. После снятия повязки на такие участки накладывают солкосерил-желе, а после начала эпителизации проводят аппликацию кератопластических средств (облепиховое масло, масло шиповника, масляный раствор витамина А и т. д.). В течение 5-7 дней эпителиальные покровы восстанавливаются. Воспалительные осложнения. Боли, выраженный отек и гиперемия кожи в области операционной раны свидетельствуют о развитии инфекционного процесса, что может привести к некрозу хряща. Такие пациенты должны быть госпитализированы и пройти курс антибиотикотерапии. Аллергические реакции. У некоторых пациентов могут возникнуть аллергические реакции на йодоформ, ксероформ или мази, содержащие антибиотики, которые используются при наложении повязок на послеоперационные раны. В таких случаях производят перевязку, раны обильно промывают и очищают от содержащих аллерген компонентов. Накладывают влажные асептические повязки и назначают антигистаминные препараты.

Гипертрофические и келоидные рубцы отмечаются в основном после иссечения кожи в области заушной складки. для консервативного лечения используют давящие повязки, мазь «Contractubех», силиконовые пластины «Epiderm», а также инъекции кортикостероидов. Хирургическое лечение проводят при развитии грубых деформаций ушной раковины. Оно заключается в иссечении центральной части рубца и во введении кеналога (Kenalog-l0) в края соединенных тканей. В тяжелых случаях показана радиотерапия: 600 рад в день операции и 600 рад неделю спустя (суммарная доза 1200 рад). Перихондрит является довольно серьезным осложнением, возникающим после развития воспалительных процессов в тканях ушной раковины. Он может привести к некрозу хрящевой ткани. Для предупреждения перихондрита необходимо проводить профилактику образования и нагноения гематом. Перед закрытием раны рекомендуются обильное отмывание хряща физиологическим раствором поваренной соли, использование мази с антибиотиками на линию швов. При наличии гнойных осложнений показано назначение антибиотиков парентерально, а также средств, улучшающих микроциркуляцию и трофику тканей. При развитии некроза хрящевой ткани необходимы удаление нежизнеспособных участков и закрытие дефектов местными тканями или кожными трансплантатами во избежание развития грубых деформаций ушной раковины. Осложнения отопластики, возникающие при неточном выполнении оперативных приемов. Большое количество описанных в литературе методик отопластики предусматривает различные способы изменения формы и положения ушных хрящей. Любой из этих способов может быть эффективным в конкретном случае, но может и привести к возникновению различных послеоперационных осложнений. При использовании методики, предусматривающей наложение матрацных швов, у пациентов с мощным упругим хрящом возможны прорезывание шовного материала сквозь хрящевую ткань и рецидив деформации. Грубая отслойка кожи с передней и задней поверхностей хряща для выполнения насечек и его ослабление могут вызвать развитие воспалительного процесса в деваскуляризированной ткани. Неточное наложение швов или выполнение насечек при формировании противозавитка ведут к нарушению его контура. Рассечение хряща для увеличения его мобильности может привести к образованию острых выступающих краев. Иссечение большого участка хряща в области чаши и полости ушной раковины без дополнительной отслойки кожи в этой области способствует образованию неестественной кожной складки. При неправильном наложении швов, приближающих чашу ушной раковины к сосцевидному отростку, возможно сужение наружного слухового прохода. В редких случаях отмечается прорезывание сквозь кожу швов, наложенных на ушной хрящ. Для предупреждения перечисленных выше осложнений хирург, планируя хирургическое вмешательство, должен учитывать индивидуальные особенности каждого пациента, обращая внимание на строение, толщину и гибкость ушного хряща. для формирования верхней части ушной раковины, противозавитка, чаши и мочки уха необходимо выбрать те оперативные приемы, которые будут наиболее эффективны в данном конкретном случае. При выполнении каждого этапа операции следует оценивать возникающие биомеханические и эстетические изменения, предвосхищaя и предупреждая негативные последствия. Швы, деформирующие ушную раковину, должны быть удалены и наложены заново, фиксируя ее элементы в правильном положении. К. Тап (1986), сравнивая отдаленные результаты применения различных методик коррекции оттопыренных ушных раковин, отметил, что после отопластики путем наложения стягивающих швов на задней поверхности ушного хряща 24% пациентов нуждались в повторной операции. Среди пациентов, у которых противозавиток формировался с помощью нанесения насечек на его передней поверхности, число этих осложнений составляло 10%. Неудачные исходы ото пластики по J. Mustarde преимушественно были связаны с использованием шелка в качестве шовного материала и выражались в виде хронических свищей (15% наблюдений). Позднее J. Mustarde (1980) анализировал 600 своих наблюдений за 20 лет и выявил всего 6 больных, имевших свищи. Только 10 пациентов этой серии нуждались в повторной операции по поводу рецидивирования оттопыренности ушных раковин. J. Неftпег (1978), наблюдая 167 пациентов, оперированных по методике Stenstrom, отметил, что 93% пациентов были удовлетворены результатами операции. В 81% наблюдений противозавиток имел натуральную форму. Вместе с тем, у 15% пациентов имелись признаки «гиперкоррекции» ушных раковин. Очевидно, рациональная комбинация достаточно консервативного выполнения насечек на передней поверхности хряща с наложением стягивающих швов на его задней поверхности предcтaвляeтcя наиболее перспективным вариантом решения указанных проблем и обеспечивает лучший контроль окончательного положения ушной раковины. Современные эффективные методы отопластики также объединяют известные способы коррекции увеличения высоты чаши и недоразвития противозавитка. Следует помнить, что истончение кожных лоскутов при их мобилизации или передозировка вазоконстрикторов могут привести к некрозу мягких тканей ушной раковины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Операции по устранению оттопыренных ушных раковин рекомендуется проводить начиная с шести- или семилетнего возраста, когда в основном заканчиваются формирование и рост ушных раковин. Хирургическое лечение направлено на формирование противозавитка и его латеральной ножки, а также уменьшение высоты чаши. Современные методы оперативного лечения позволяют получить хорошие результаты, тем не менее хирург, выполняющий эстетические операции, должен уметь лечить возможные осложнения и владеть методами реконструктивной хирургии.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Белоусов А.Е. «Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия» 1998г.

2. Пер Хеден «Энциклопедии пластической хирургии» 2001г.

3. Пшениснов К.П. «Курс пластической хирургии» 2010г.

4. Соколов В.Н., Аветиков Д.С. - Пластическая реконструктивно-восстановительная и косметическая хирургия – 2004г.