

ОСОБЛИВОСТІ ВИДІЛЕННЯ ТА МОБІЛІЗАЦІЇ ШКІРНО— ЖИРОВИХ КЛАПТІВ СОСКОПОДІБНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ КОСМЕТИЧНІЙ ОТОПЛАСТИЦІ

Д. С. Аветіков, Д. В. Стебловський, С. О. Ставицький, І. Ю. Попович, В. М. Гаврильєв

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

PECULIARITIES OF LIBERATION AND MOBILIZATION OF ADIPOSE—CUTANEOUS FLAPS OF A NIPPLE— SHAPED PART IN COSMETIC OTOPLASTY

D. S. Avetikov, D. V. Steblovskyi, S. O. Stavitskyi, I. Yu. Popovych, V. M. Gavrylyev

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

У міру збільшення кількості людей, особливо жінок, які більш прискіпливо ставляться до своєї зовнішності, збільшилася кількість пацієнтів, яким здійснюють пластичні операції, що зумовило бурхливий розвиток реконструктивної та естетичної хірургії обличчя. У теперішній час застосовують численні методики усунення капловухості, проте, жодна з них не гарантує оптимального косметичного ефекту, не основана на аналізі біомеханічних властивостей шкірно—жирових клаптів і фіброархитектоники шкіри, що в подальшому може зумовити негативні результати оперативного втручання.

Відстовбурчені вушні раковини характеризуються надмірним відхиленням вуха від поверхні голови, у більшості спостережень це пов'язане з недорозвиненням протизавитка [1, 2].

На етапах планування та виконання оперативних втручань використовували результати біомеханічних та морфологічних досліджень з індивідуальним аналізом кожного пацієнта [3, 4].

Під час здійснення отоластики основним завданням хірургічної корекції відстовбурчених вушних раковин було виправлення порушених пропорцій, вираженої деформації завитка і протизавитка, забезпечення рівних і гладеньких контурів складки протизавитка, збереження форми і поглиблення заушної борозни, недопущення надмірного притискання вушної раковини до голови та утворення гострої проти-

Реферат

Відстовбурчені вушні раковини — найчастіша вроджена деформація, що характеризується надмірним відхиленням вуха від поверхні голови, у більшості спостережень це пов'язане з недорозвиненням протизавитка. На етапах планування та виконання оперативних втручань використані результати біомеханічних та морфологічних досліджень з індивідуальним аналізом кожного пацієнта. Вдосконалено методику косметичної отоластики. У 15 хворих з приводу капловухості здійснено косметичну отоластику з огляду на біомеханічні та морфологічні особливості шкіри.

Ключові слова: відстовбурчена вушна раковина; косметична отоластика; шкірно—жировий клапоть.

Abstract

Droopy ears — is a most frequent inborn deformity, which is characterized by excessive shift of the ear from the head surface. In majority of cases it is connected with underdevelopment of antelion. The results of biomechanical and morphological investigations were applied with individual analysis of every patient on stages of planning and conduction of operative interventions. A cosmetic otoplasty procedure was improved. Taking into account biomechanical and morphological peculiarities of skin, a cosmetic otoplasty was performed in 15 patients, suffering droopy ears.

Keywords: droopy ears; cosmetic otoplasty; adipose—cutaneous flap.

завиткової складки. Оскільки вушна раковина є парним органом, одним з найбільш складних завдань під час виконання отоластики було досягнення симетрії [5, 6].

Методику корекції відстовбурченої вушної раковини обирали індивідуально, залежно від ступеня її деформації та причини її виникнення. У більшості хворих для усунення причини відстовбурчення вушної раковини було необхідне поєднане застосування існуючих способів — висічення хряща, шовної отоластики, рифлення або нанесення насічок на передній поверхні хряща [7].

Мета дослідження: вдосконалення методики косметичної отоластики з огляду на особливості розтягнення та релаксації шкірно—жирових клаптів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У 15 хворих з приводу капловухості здійснена косметична отоластика з огляду на біомеханічні та морфологічні особливості шкіри.

Експеримент з визначення деформаційних властивостей шкірно—жирових клаптів проведений на базі кафедри медичної інформатики, медичної і біологічної фізики. Біомеханічні дослідження проводили на деформаційній установці МКР—1. Один кінець клаптя фіксували в рухомому, інший — в нерухомому захваті розривної машини.

Для проведення ізотонічного експерименту відібрані шкірні клапті, фізичні параметри яких відповідали таким для виконання операції косметичної отоластики. Клапті були прямокутної форми, довжина 8 мм,

ширина 10 мм, товщина 0,9 мм. Шкіру звільняли від підшкірно—жирового прошарку за допомогою ножиць.

Для гістотопографічних досліджень відбирали шкірно—жирові клапти соскоподібної ділянки після їх висічення під час здійснення косметичної отоластики. Матеріал забирали з дозволу пацієнтів.

Тканини забарвлювали за ван Гізона та гематоксиліном і еозином.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Оперативні втручання з усунення капловухості виконані за загальноприйнятими методиками. Під місцевою анестезією 1% розчином лідокаїну з додаванням адреналіну в розведенні 1: 200 000 здійснювали міртоподібний розріз шкіри на задній поверхні вушної раковини, рановій поверхні надавали еліпсоїдної форми, висікали шкірно—жировий клапот.

Відшаровували шкіру від хряща до середини кривини завитка. Для збереження живлення хряща втручання здійснювали над перихондрієм. Відступивши 3 — 4 мм від візуальної межі відшарування або 8 — 10 мм від краю хряща, паралельно завитку виконували розріз хряща на всю товщу до перихондрія передньої поверхні вушної раковини. Верхній край розрізу досягав медіальної ніжки, нижній — опускався до основи завитка.

Наступним етапом моделювали хрящ. У хворих за нормальних розмірів вушної раковини з розширенням конхоскафального кута під час оперативного втручання частину хряща не висікали. Здійснювали насічки (6 — 8) на 2/3 товщини хряща по його передній поверхні вздовж передбачуваного вигину



Рис. 1.
Зовнішній вигляд на етапі планування операції з приводу капловухості II ступеня.



Рис. 2.
Інтраопераційне фото. Операційна рана. 1-й етап операції.

протизавитка і латеральної ніжки (рис. 1). Відстань між насічками біля вільного краю хряща 2 — 3 мм, у напрямку до протизавитка — 1 — 2 мм.

На розсіченій хрящ накладали тонкий безперервний матрацний шов, в який захоплювали охрястя. Раковину підтягували до поверхні голови та фіксували у правильному положенні, після ретельного гемостазу на шкіру накладали вузлові шви.

Косметичну отоластику за авторською методикою виконували відповідно до показників математичної моделі оперативного втручання.

Після здійснення інфільтраційної анестезії по заздалегідь наміченій лінії проводили перший опуклий розріз по завушній борозні в ділянці задньої поверхні вушної раковини, відступивши від її переднього краю 8 — 10 мм, причому, за результатами експериментальних досліджень, глибина розрізу має бути в межах 0,9 — 1,3 мм.

З метою висічення надлишку шкіри проводили другий розріз, опуклістю до зовнішнього краю завитка, початкова й кінцева точки розрізів співпадали. Надлишок шкі-

ри висікали, ранова поверхня мала форму еліпса (рис. 2).

Відшаровували шкіру від хряща на 5 — 7 мм вздовж його поверхні. За допомогою скальпеля наносили насічки на відстані 2 мм одна від одної, після чого створювали дублікатуру хряща, завдяки чому вушна раковина наближалася до поверхні голови на необхідну відстань. Після моделювання вушної раковини для створення оптимального кута нахилу кінцеві його фрагменти фіксували двома або трьома (залежно від розмірів вушної раковини) П—подібними швами, здійснювали ретельний гемостаз. За даними біомеханічних досліджень з формування кута та меж натягу шкірно—жирових клаптів, у верхніх та нижніх відділах хрящ формували під кутом 6 — 7°, у центральних — 19 — 20°.

Таким чином, на підставі аналізу результатів біомеханічних та морфологічних досліджень нами обґрунтована оптимальна методика виконання косметичної отоластики, що забезпечувала збереження природних топографоанатомічних співвідносин тканин зовнішнього вуха.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аветіков Д. С. Роль біомеханічних властивостей шкіри при проведенні нижньої ритидектомії та косметичної отоластики / Д. С. Аветіков, Д. В. Стебловський // Вісн. проблем біології і медицини. — 2014. — Т. 1, № 2. — С. 40 — 43.
2. Аветіков Д. С. Клініко—морфофункціональні особливості підйому та мобілізації шкірно—жирових клаптів соскоподібної ділянки / Д. С. Аветіков, Д. В. Стебловський // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісн. Укр. мед. стомат. академії. — 2013. — Т. 13, № 2. — С. 180 — 182.
3. Богатов В. В. Современные способы коррекции мягких тканей лица и шеи / В. В. Богатов, Е. Л. Клестова, И. Е. Приходько — М.: Мед. информ. агентство, 2010. — 127 с.
4. Пластическая реконструктивная хирургия лица; под ред. А. Д. Пейпла. — М.: Бинум. Лаборатория знаний, 2007. — 391 с.
5. Амирасланов Ю. Л. Пластика дефектов мягких тканей методом дозированного растяжения / Ю. Л. Амирасланов, Д. В. Саркисов // Врач. — 1993. — № 2. — С. 25 — 28.
6. Лапугин Е. Б. Мастер—класс пластического хирурга / Е. Б. Лапугин — М.: Косметик интернешнл форум, 2007. — 303 с.
7. Курс пластической хирургии; под ред. К. П. Пшенисова. — Ярославль; Рыбинск: ОАО "Рыбинский дом печати", 2010. — Т. 2. — С. 531 — 747.