



**ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ
НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ**

Науковий журнал

28 лютий 2021

Одеса
2021

ISSN 2306-7772

Науковий журнал

Південноукраїнський медичний науковий журнал

28 лютий 2021

Виходить тричі на рік.

Редактор, коректор – Мельбрун А. Я.

Верстка-дизайн – Канавка С. А.

Відповідальність за підбір, точність наведених на сторінках журналу фактів, цитат, статистичних даних, дат, прізвищ, географічних назв та інших відомостей, а також за розголошення даних, які не підлягають відкритій публікації, несуть автори опублікованих матеріалів. Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій. Матеріали публікуються в авторській редакції. Передрукування матеріалів, опублікованих у журналі, дозволено тільки зі згоди автора та видавця. Будь-яке використання – з обов'язковим посиланням на журнал.

Свідоцтво про державну реєстрацію: КВ № 19536-9336Р від 26.11.2012 р.

Засновник журналу: ГО «Південна фундація медицини»

© ГО «Південна фундація медицини», 2021

© Автори наукових статей, 2021

© Оформлення Ткаченко М. С., 2021

ЗМІСТ

Антонюк О. П., Прокопчук Н. М., Лека М. Ю. ДІАГНОСТИКА СИНДРОМУ ДАУНА У ПЛОДІВ ТЕРМІНОМ 11-13 + 6 ТИЖНІВ.....	4
Глинкин В. В. ФОРМУЛА РАСЧЕТА РАЗМЕРА АПИКАЛЬНОЙ ЧАСТИ КАЛИБРОВАННОГО ШТИФТА.....	8
Горішний І. М., Горішний М. І., Мочульська О. М. ДО ПИТАННЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ ТРАВЛЕННЯ У НЕМОВЛЯТ.....	12
Гошовська А. В., Декет М. М., Смерчанська С. В. ІМУНОГІСТОХІМІЧНІ ЗМІНИ В ІНВАЗИВНОМУ ЦИТОТРОФОБЛАСТІ ЯК ПРЕДИКТОР ДІАГНОСТИКИ РОЗВИТКУ ПЛАЦЕНТАРНОЇ ДИСФУНКЦІЇ У ЖІНОК ГРУП РИЗИКУ.....	16
Гошовська А. В., Прокопчук М. В., Мазурик А. Г. ДІЯ ПАТОГЕННИХ МІКРООРГАНІЗМІВ НА СТАН ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСУ У ЖІНОК НА ФОНІ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ.....	19
Дзевульська І. В., Маліков О. В. ЖИТТЄВИЙ ТА ТВОРЧИЙ ШЛЯХ СУШКА ОЛЕКСАНДРА АВКСЕНТІЙОВИЧА – ВІТЧИЗНЯНОГО АНАТОМА, ДОСЛІДНИКА ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМИ ЛЮДИНИ.....	22
Дудка Т. В., Дудка І. В., Гуменюк О. П., Синицька Т. В. АНАЛІЗ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ ІЗ СУПУТНИМ ХРОНІЧНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ.....	25
Кокоруж М. В. ГЛИБОКА МОЛЕКУЛЯРНА ВІДПОВІДЬ ТА РЕМІСІЯ БЕЗ ЛІКУВАННЯ ПРИ ХРОНІЧНІЙ МІСЛОЇДНІЙ ЛЕЙКЕМІЇ.....	29
Коноплицький В. С., Пасічник О. В., Коробко Ю. Є., Салій Д. Ю. ВУШНІ ДОВАЖКИ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ).....	34
Лавренко Г. М., Каложний Ю. А. ЕФЕКТ ЛІКУВАННЯ ЧАСТКОВОЇ АКОМОДАЦІЙНОЇ КОСООКОСТІ БЕЗ ОПЕРАЦІЙНОГО ВТРУЧАННЯ.....	39
Лебедева А. О. ЗАСТОСУВАННЯ НИЗЬКОДОЗОВОГО ОПРОМІНЕННЯ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ COVID-19.....	43
Микитенко А. О., Омельченко О. Є. РОЛЬ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЦЬКОЇ РОБОТИ СТУДЕНТА У ПІДГОТОВЦІ МЕДИЧНИХ КАДРІВ.....	45
Милова Н. І. ФОРМУВАННЯ ВНУТРІШНЬОЇ МОТИВАЦІЇ МАЙБУТНЬОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ-ФАРМАЦЕВТІВ.....	48
Сандуляк Т. В. ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ БАКТЕРІАЛЬНИХ ВНУТРІШНЬОУТРОБНИХ ІНФЕКЦІЙ У ПЕРЕДЧАСНО НАРОДЖЕНИХ ДІТЕЙ З ОСЛАБЛЕНОЮ ІМУННОЮ РЕАКТИВНІСТЮ В УМОВАХ СУЧАСНИХ ПЕРИНАТАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ.....	52
Сухомлин А. А., Гордієнко Л. П., Сухомлин Т. А. ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ ТА МОРФОЛОГІЧНИЙ ВПЛИВ ГАСТРИНУ НА ОРГАНИ ТРАВНОГО ТРАКТУ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....	60
Тещук В. Й., Тещук Н. В., Руських О. О., Бендяк О. В., Дунай О. А. ЗАСТОСУВАННЯ КСАВРОНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ.....	65
Ткач Ю. І. ПЕРЕВАГА УНІФІКОВАНИХ МЕТОДИК ВИЗНАЧЕННЯ КІЛЬКОСТЕЙ ЛЕЙКОЦИТІВ, ЕРИТРОЦИТІВ І ЦИЛІНДРІВУ 1 МЛ СЕЧІ З ДОПОМОГОЮ ЛІЧИЛЬНИХ КАМЕР.....	69
Худзій С. С. ОЦІНКА ЦИТОКІНОВОГО СТАТУСУ ПРИ РН-НЕГАТИВНИХ ХРОНІЧНИХ МІСЛОПРОЛІФЕРАТИВНИХ НЕОПЛАЗІЯХ.....	79
Чистякова Е. Є., Смоленко Н. П., Коренева Є. М., Белкіна І. О., Величко Н. Ф., Кустова С. П., Бондаренко В. О. КОРЕКЦІЯ ПРОСТАТИЛЕНОМ РЕПРОДУКТИВНИХ РОЗЛАДІВ САМЦІВ ЩУРІВ ІЗ ХРОНІЧНИМ ПРОСТАТИТОМ.....	82

Коноплицький В. С.
доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету
імені М. І. Пирогова

Пасічник О. В.
аспірант кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету
імені М. І. Пирогова

Коробко Ю. Є.
аспірант кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету
імені М. І. Пирогова

Салій Д. Ю.
лікар-інтерн кафедри дитячої хірургії
Вінницького національного медичного університету
імені М. І. Пирогова

ВУШНІ ДОВАЖКИ У ДІТЕЙ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ ТА ВЛАСНІ СПОСТЕРЕЖЕННЯ)

Анотація: Стаття присвячена дослідженню однієї із найбільш частих аномалій вушної раковини – вушним доважкам. В роботі наведені основні узагальнені літературні дані щодо особливостей формування, діагностики та клінічних проявів вушних доважків. Чітко визначені терміни та покази до початку та методам хірургічного лікування даної аномалії розвитку в дитячому віці.

Аннотация: Статья посвящена исследованию одной из самых частых аномалий ушной раковины – ушным привескам. В работе приведены основные обобщенные литературные данные относительно формирования, диагностике и клиническим особенностям ушных привесок. Четко определены сроки и показания к началу и методам хирургического лечения данной аномалии развития в детском возрасте.

Summary: The article is devoted to the study of one of the most common anomalies of the auricle-ear pendant. The paper presents the main generalized literature data on the formation, diagnosis and clinical features of ear appendages. The timing and indications for the beginning and methods of surgical treatment of this developmental anomaly in childhood are clearly defined.

Вроджені вади розвитку у дітей посідають чинне місце в повсякденній роботі лікарів педіатричного профілю. Серед них велика кількість аномалій припадає на вади вушної раковини, серед яких частими аномаліями є вушні доважки (ВД). Загалом частота ВД коливається від 1 до 10 випадків на 1000 живих новонароджених [1]. Перший опис ВД в медичній літературі належить Birkett в 1858 р. [2].

Аномалії вушної раковини зустрічаються зазвичай у поєднанні із вадами зовнішнього слухового проходу та середнього вуха, а іноді навіть з аномаліями внутрішнього вуха.

Клінічні ознаки. ВД визначаються безпосередньо при народженні. Візуально за формою ВД бувають овоїдні, сферичні, вузликові, дольчасті тощо, на ніжці або сидячі. Частіше ВД односторонні та поодинокі, але можуть бути множинними та двобічними. Частота поодиноких ВД в популяції складає приблизно 0,2%, а двобічні ураження зустрічаються в 0,01% [3, 4]. Клінічно при огляді колір їх не відрізняється від навколишньої шкіри [5; 6]. В зв'язку із своїм ембріологічним походженням ВД можуть локалізуватись будь де вздовж умовної лінії від козелка до кута рота [7; 8]. При пальпації консистенція ВД м'яка або щільна в залежності від хрящової структури [9].

Ембріогенез. Вухо, як орган, починає формуватися у зародка в кінці 1-го місяця внутрішньоутробного розвитку з елементів I (щелепної)

і II (під'язикової) зябрових дуг і першої глоткової борозни. Три підвищення на першій глотковій дузі і три підвищення на другій глотковій дузі з'являються на 6 тижні внутрішньоутробного розвитку. Спочатку вушні раковини розташовуються вентролатерально, але в кінці ембріонального періоду вони набувають дорсолатеральне положення.

ВД ембріологічно є похідними II зябрової дуги [10]. Процеси ембріогенезу вушної раковини відбуваються одночасно з розвитком середнього та внутрішнього вуха, розвиток та формування яких на окремих етапах відбуваються автономно, а пізніше всі частини об'єднуються в цілісну функціональну систему. До 7 місяця внутрішньоутробного розвитку вушна раковина набуває звичну форму, як у новонародженого. Основний період росту вушної раковини припадає на перші роки життя. Розміри зовнішнього вуха дитини у віці 3 років складає 85%, а в 7 років – 95% від розмірів органу дорослої людини [11]. Сучасні дослідники вважають, що аномалії вушної раковини можуть виникати в будь-якому періоді ембріогенезу, а важкість потворств знаходяться в прямій залежності від стадії, на яку впливає пошкоджуючий фактор. Аномалії ембріонального розвитку, які виникають до 6 тижня, призводять до важких вад як зовнішнього, та і середнього вуха, а пошкодження, що виникають після 3 місяця, по завершенню фетального віку, не викликають вад середнього вуха.

Структура ВД. Гістологічно ВД складаються із вираженого сполучно-тканинного каркасу, підшкірно-жирової клітковини та численних невеликих волосяних фолікулів в різних фазах з наявністю центрального хрящового компоненту сітчастої будови або без нього. Морфологічні особливості ВД включають тонкий роговий шар з нерівним епідермісом, наявність етакринових залоз, пушкових волосяних фолікулів та сальних залоз [9].

Диференційний діагноз. Діагноз визначається на основі характерної локалізації та зовнішньому вигляді утворень, їх наявність при народженні. Гістологічна будова дозволяє остаточно підтвердити клінічний діагноз [12, 13]. ВД відрізняються від вушних норниць, які зазвичай представляють собою заглиблення або ямки шкіри, часто із спіралеподібними зморшками по краям [8]. Хоча іноді вроджені зяброві кісти виникають на верхній боковій частині шиї, так як є похідними із II зябрової дуги, часто повільно збільшуються в розмірах та містять прозору або муцинозну рідину з гранулярними клітинними залишками [14]. Епідермоїдні кісти за своїм зовнішнім виглядом можуть бути схожі із ВД у тому сенсі, що часто вони мають чіткі межі, схожі за формою та кольором, рухливістю і консистенцією. Локалізуються на шиї та лиці дітей, але зазвичай не є вродженими елементами, а виникають через закупорку волосяних фолікулів, можуть інфікуватись та абсцедувати, при розкритті абсцесів виділяється творожної консистенції зроговілі маси [5]. В структурі епідермоїдних кіст завжди відсутні елементи хрящової тканини. За умов підвищеної пігментації, ВД необхідно диференціювати із

внутрішньо дермальними невусами та невусами волосяних фолікулів [15]. ВД відрізняють від трихофолікулями, що зазвичай представлена поодиноким вузликом тілесного кольору, з центральною порою, іноді чорного кольору, через яку виступає невеликий жмуток волосся яка може локалізуватись у зовнішньому відділі слухового проходу [16].

Часто поодинокі ВД зустрічаються одночасно із рядом генетичних синдромів: Гольденхара (наркоаурикуловертебральна дисплазія), VACTERL, Тричера – Коллинза, Таунса – Брокса и Вольфа – Хиршхорна, порушення слуху, аномалії нирок (гідронефроз, підковоподібна нирка) тощо. В зв'язку з частим поєднанням ВД із патологією сечової системи, деякі автори пропонують обов'язково в програму обстеження УЗД нирок та позачеревного простору [17; 18; 19].

Локалізація та класифікація ВД. ВД зазвичай локалізуються всередині умовного вигнутого трикутника, кутами якого є комісура роти та передня межа вушної раковини, а саме верхній край її завитка і вільний край мочки вуха.

На основі характерної локалізації ВД, Hwang J. et al., (2018), запропонували топічну локалізацію утворень [20]. В основу останньої покладено розподіл площі умовного трикутника на три зони (типи): внутрішньовушна, щічна та привушна, кожна із яких в свою чергу поділяється на відповідні локальні ділянки: ІК – інтракраніальна, ІТ – інтраагальна, ІМ – інтрамочкова, ПК – преагальна, ПТ_в – верхня претрагальна, ПТ_с – середня претрагальна, ПТ_н – нижня претрагальна, ПМ – премочкова, ПЩ – передня щічна, ЗЩ – задня щічна (рис. 1).

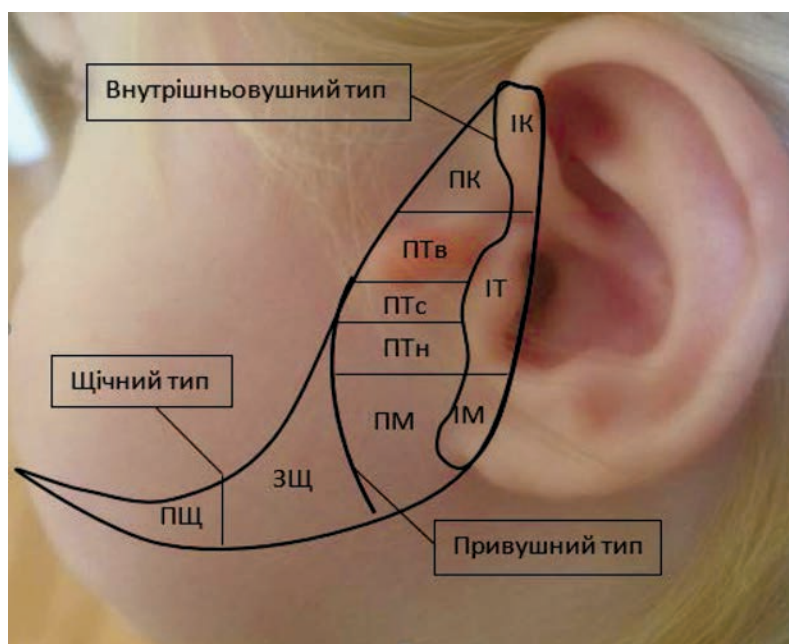


Рис. 1. Класифікаційний розподіл анатомічної локалізації вушних доважків

Лікування. З точки зору передбачаємого хірургічного втручання, вроджені вади розвитку вушних раковин поділяють на власне вади – мальформації, для корекції яких потрібна реконструкція, тобто обов'язкове використання опорного каркасу та залучення покривних тканин з інших ділянок, і аномалії – деформації, які потребують тільки корекції без додаткового каркасу із закриттям невеликих дефектів м'яких тканин [21, 22, 23].

Єдиний радикальний метод лікування ВД у дітей оперативне їх видалення [24]. Терміни хірургічного втручання обираються після їх узгодження з батьками. Прискорення призначення оперативного втручання може відбуватись за наявності локального подразнення шкіри навколо ВД або за наполяганням батьків. Обсяг хірургічного втручання полягає у повному висіченні ВД разом із підлеглим хрящем, який може розташовуватись глибоко в підшкірно-жировій клітковині [25]. Терміни оперативного втручання рекомендується визначити до початку навчання дитини в школі, для уникнення психоемоційного негативізму з боку однолітків. Крім того, невиправдана пролонгація терміну лікування може призводити до травматичної ампутації ВД, внаслідок якої залишатись оголений хрящовий фрагмент, що призводить до тривалого загоєння дефекту м'яких та хондродерматиту [26].

Мета роботи – на основі узагальнення існуючих літературних матеріалів та результатів власних досліджень ознайомити широке коло лікарів з вродженою аномалією у дітей – вушними доважками, для оптимізації показів та методів лікування і покращення якості життя пацієнтів.

Власні матеріали та методи. В період з 2008 по 2018 рр. в клініці дитячої хірургії ВНМУ ім. М. І. Пирогова на стаціонарному лікуванні знаходилось 166 дітей (дівчат 73 (44,5%); хлопчиків 93 (55,5%) віком від 1 місяця до 17 років (рис. 2 – 5).

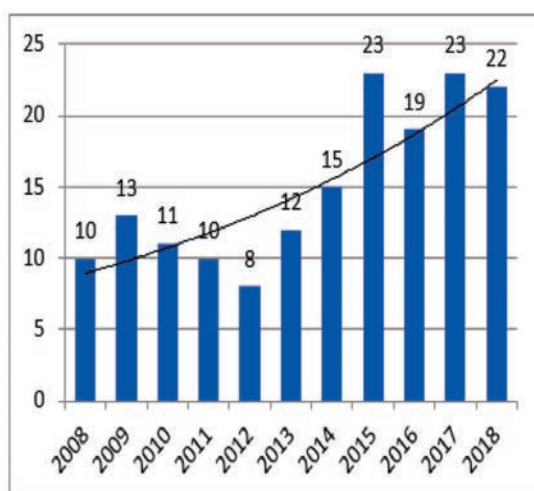


Рис. 2. Розподіл пацієнтів по роках

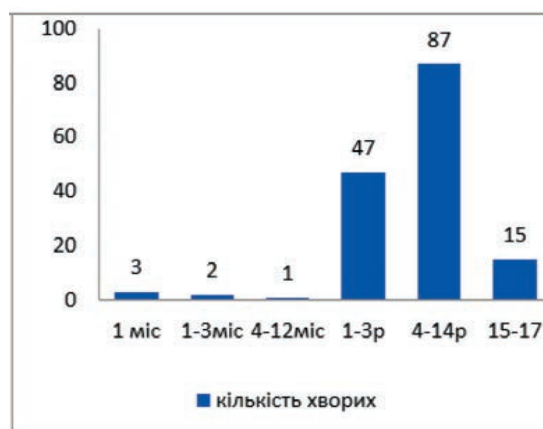


Рис. 3. Розподіл пацієнтів за віком

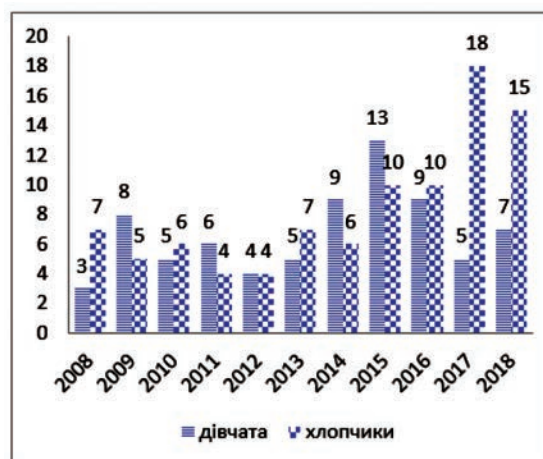


Рис. 4. Річний розподіл хворих за статтю

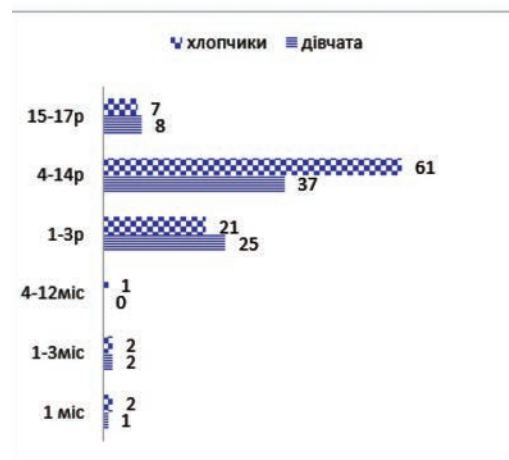


Рис. 5. Віковий розподіл хворих за статтю

Методика хірургічного лікування. Лікування у всіх хворих було оперативне. Методика оперативного видалення ВД залежала від їх локалізації та розмірів.

За умов наявності у ВД тонкої (до 3,0 мм) ніжки, остання пересікається над поверхнею шкіри, візуально визначається відсутність в її структурі хрящового тяжу, а рану коагулюють або накладають шкірний шов. При наявності в структурі ніжки хрящової тканини, остання повністю виділяється «тупо-гостро» із підшкірної клітковини.

При діаметрі ВД до 10 мм та широкій ніжці використовували облямовуючий еліпсоподібний розріз, видалялись хрящові елементи, при їх наявності із підшкірної клітковини, з послідуємим накладанням косметичного шву (рис. 6А).

При діаметрі ВД більше 10 мм застосовували оригінальну методику операції за Н.Н. Нап та співавторами (2016), з "Z"-подібною пластикою шкіри (рис. 6В) [23].

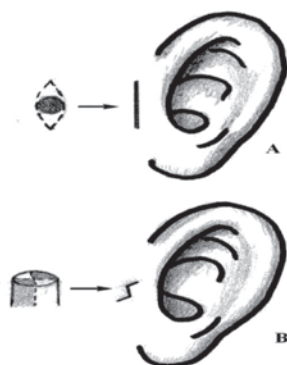


Рис. 6. Схема методик оперативних втручань по видаленню ВД у дітей

З метою ілюстрації наводимо опис клінічного випадку. Хвора Т., вік 1 рік, МКСХ № 7106, 05.06.2019 р. госпіталізована на стаціонарне лікування з діагнозом: вушний доважок інтратрагальної ділянки зліва. При огляді у зазначеній ділянці визначається поодинокий ВД діаметром 16 мм та висотою 12 мм, щільно еластичної консистенції. Шкіра ВД та навколо нього не змінена, тілесного кольору, вкрита світлим пушковим волоссям. Після клініко-лабораторного дообстеження прийнято рішення про оперативне видалення утворення.

Хід операції: двома перпендикулярними лінійними розмірами лише через верхівку ВД ділянка оперативного впливу (інтраопераційна рана) розділена на 4 трикутних клаптів (рис. 7А). Після виконання розрізів та відсепаровки шкіри разом із підлеглою підшкірною клітковиною від хрящової тканини, всі

чотири клапті були підняті догори з метою візуалізації хряща. Сепарація клаптів шкіри обов'язково із всією масою підшкірно-жирової клітковини необхідна для збереження кровообігу в клаптях шкіри. В подальшому два протилежні клапті, які обернуті один до одного, відсікались на рівні поверхні шкіри (рис. 7В,С). Визначену хрящову тканину в глибині рани видали (зрізали) максимально глибоко, таким чином, щоб її поверхня, яка залишилась, була гладенькою, без гострих країв. Останній етап пластики шкіри полягав у формуванні конгруентних розмірів двох клаптів та "Z"-подібній пластичці післяопераційної рани вузловими швами (рис. 7D).

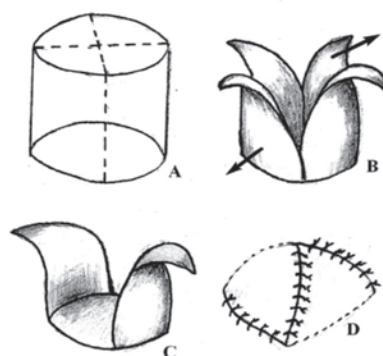


Рис. 7. Схема етапів оперативного втручання по видаленню ВД у хворой Т

Гістологічно будова шкіри біоптату представлена тонким роговим шаром із нерівним епідермісом, наявністю численних пушкових волосяних фолікулів, екрінових та сальних залоз.

Післяопераційний період мав задовільний перебіг. Шкірні шви зняті на 6 добу.

Висновки. Вушні доважки – досить поширена вада розвитку голови, яка на сьогодні залишається невідомою широкому колу лікарів, і в тому числі педіатрам. Найбільш часто пацієнти звертаються за медичною допомогою у віці 4 – 14 років, коли починає домінувати важливість косметичної складової образу тіла. Присутність в структурі вушних доважків придатків шкіри може призводити до їх збільшення в розмірах та формуванню певних ускладнень у вигляді гнійно-запальних процесів, виразкування, кровотеч тощо. Раннє видалення рудиментарних структур раковини вуха (вушних доважків) (після 6 місячного віку) забезпечує фізіологічне формування органу, основний період розвитку якого припадає на перші роки життя дитини.

Перспективи подальшого розвитку в даному напрямку досліджень полягає у пошуку та розробці нових мініінвазивних інноваційних методів лікування ВД у дітей.

ЛІТЕРАТУРА:

1. McGrath B.M. Answer: Can you identify this condition? / B.M. McGrath, B.D. Ashton // Can. Fam. Physican. – 2012. – Vol. 58. – № 7. – P. 772–775.
2. Miller C.S., Miller K.F. Supernumerary ears; report of three cases. Arch Derm Syphilol 1949;60:601-608.

3. Mehmi M. Accessory tragus – Beware of the preauricular «skin tag» / M. Mehmi, P. Balasubramaiaam, J. Bhat // *JAAD*. – 2007. – Vol. 56. – № 2. – P. 2.
4. Shin MS, Choi YJ, Lee JY, et al. A case of accessory tragus on the nasal vestibule. *Ann Dermatol* 2010. № 22. P. 61–62.
5. Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BM. *Nelson textbook of paediatrics*. 18th ed. Philadelphia, PA: Saunders Publishing, 2007. – 3147 p.
6. Bianca S. Pre-auricular tags and associated anomalies: considerations for genetic counseling / Bianca S., Ingegnesi C., Ettore G. // *Genet Couns*. – 2003. – Vol. 14. – № 3 – P. 321–324.
7. Hodges F.R. Accessory tragus: a report of 2 cases / Hodges F.R., Sahouria J.J., Wood A.J. // *J Dent Child (Chic)*. – 2006. – Vol. 73. – №1. – P. 42–44.
8. Sebben J.E. The accessory tragus—no ordinary skin tag / Sebben J.E. // *J Dermatol Surg Oncol*. – 1989. – Vol. 15. – № 3. – P. 304–307.
9. Asahina A. Multiple accessory tragi without cartilage: relationship with hair follicle naevi? / Asahina A., Mitomi H., Sakurai N., Fujita H. // *Acta Derm Venereol*. – 2009. – Vol. 89. – № 3. – P. 316–317.
10. Kono T. Accessory auricles affecting the tragus and cheek occurring with cervical chondrocutaneous branchial remnants: A case report / T. Kono, H. Ro, N. Murakami [et al.] // *JPRAS Open*. – 2015. – № 6. – P. 20–24.
11. Vodyanitskiy V.D. Treatment strategies for congenital auricular anomalies / V.D. Vodyanitskiy // *Children's Hospital*. 2012. – № 3. – P. 14–22.
12. Cohen P.R. Pathological cases of the month. Accessory tragus / Cohen P.R., Gilbert-Barness E. // *Am J Dis Child*. – 1993/ – Vol. 147. – № 10. – P. 1123–1124.
13. Satoh T. Histological diagnostic criteria for accessory tragi / Satoh T., Tokura Y., Katsumata M., Sonoda T., Takigawa M. // *J Cutan Pathol*. – 1990. – Vol. 17. – № 4. – P. 206–210.
14. Kumar V., Abbas A.K., Fausto N., Aster J. *Robbins and Cotran pathologic basis of disease*. 8th ed. Philadelphia, PA: Saunders Publishing; 2009. – 1392 p.
15. Karabulut Y.Y. Three different clinical faces of the same histopathological entity: hair follicle nevus, trichofolliculoma and accessory tragus / Y.Y.Karabulut, E. Şenel, H.H. Karabulut, Y. Dölek // *An. Bras. Dermatol*. 2015. – Vol. 90. – № 4. – P. 519–522.
16. Choi J.H. Umbilicated Hairy Auricular Mass Mimicking Accessory Tragus / J.H. Choi // *J Audiol Otol*. 2020. – Vol. 24. – № 2. – P. 99–102.
17. Roth D.A. Preauricular skin tags and ear pits are associated with permanent hearing impairment in newborns / Roth D.A., Hildesheimer M., Bardenstein S., Goidel D., Reichman B., Maayan-Metzger A. et al. // *Pediatrics*. – 2008. – Vol. 122. № 4. – P. 884–890.
18. Vulovic D.D. Accessory auricles – report of two cases / D.D. Vulovic, M.B. Spasić, S.S. Milisavljevic, M.A. Vucetic // *Serbian Journal of Experimental and Clinical Research*. – 2017. – Vol. 18. – № 1. – P. 85–88.
19. Amirhassankhani S. Accessory Auricles: Systematic Review of Definition, Associated Conditions, and Recommendations for Clinical Practice / S. Amirhassankhani, M. Lloyd // *Journal of Craniofacial Surgery*. 2018 – Vol. 29. – № 2. – P. 372–375.
20. Hwang J. Accessory auricle: Classification according to location, protrusion pattern and body shape / J. Hwang, J. Cho, J.S. Burm // *Arch Plast Surg*. 2018. – Vol. 45. – P. 411–417.
21. Subbarayan E. Innovative usage of accessory auricles as full-thickness skin graft / E. Subbarayan, R. Chittoria // *J. Cutan. Aesthet. Surg*. 2017. – № 10. – P. 150 – 152.
22. Gore SM, Myers SR, Gault D. Mirror ear: a reconstructive technique for substantial tragal anomalies or polyotia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. – 2006. – Vol. 59. – P. 499–504.
23. Han H.H. A Novel Surgical method Using two triangular flaps for accessory tragus / H.H. Han, H.Y. Kim, D.Y. Oh // *Arch Aesthetic Plast Surg*. 2016. – Vol. 22. – № 2. – P. 63 – 67.
24. Moon I.Y. Surgical Correction of an Accessory Auricle, Poliotia / I.Y. Moon, K.S. On // *APS*. – 2014. – Vol. 41. – № 4. – P. 427–429.
25. Pan B, Qie S, Zhao Y, Tang X, Lin L, Yang Q, Zhuang H, Jiang H. Surgical management of polyotia. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009 Jul 17.
26. Jansen T. Accessory tragus: report of two cases and review of the literature / Jansen T., Romiti R., Altmeyer P. // *Pediatr Dermatol*. – 2000. – Vol. 17. – № 5. – P. 391–394.