

Оптимизация хирургического подхода при лечении ринофимы

В.С. Козлов¹, А.А.Шиленков²

¹ФГБУ «Учебно-научный медицинский центр» УД Президента РФ,

²ГБУЗ ЯО «Ярославская областная больница»

Ринофима – инфильтративно-продуктивная форма розацеа. Степень выраженности ринофимы варьирует от практически незаметного утолщения в области крыльев носа до уродующего лицо, висящего носа в виде неправильной формы опухолевидного разрастания. Наиболее обезображивающей лицо формой ринофимы считают железистую, так как при ней наблюдается неравномерное разрастание железистых узлов, меняющих до неузнаваемости лицо пациента и приводящее к нарушению носового дыхания.

Целью работы явилась оптимизация хирургического лечения ринофимы с применением техники декортикации и пересадки свободных кожных лоскутов.

Клиническому анализу подвергнуты истории болезни 8 больных железистой формой ринофимы в возрасте от 56 до 88 лет. У данных больных было проведено хирургическое удаление ринофимы с применением техники декортикации и пересадки свободных кожных лоскутов с передней поверхности бедра. Представлена тактика послеоперационного лечения. Установлено, что у 7 больных полное заживление раны наступило в течение месяца, у 2 больных – через 2 мес. Отмечено, что предложенная техника позволяет добиться хороших косметических и функциональных результатов. Пациенты возвращаются к полноценной социальной жизни.

Ключевые слова: ринофима, хирургическое лечение ринофимы.

Rhinophyma is an infiltrative-productive form of rosacea. The degree of rhinophyma process varies from a practically unnoticeable one looking like a slight thickness in the area of nose nostrils till an ugly one looking like a hanging nose of the uneven form with neoplastic tissue growth disfiguring the patient's face. The most disfiguring form is the glandular rhinophyma when the uneven growth of glandular nodes unrecognizably changes the patient's face and leads to impairments of nasal breathing.

The aim of the present work was to optimize surgical treatment of rhinophyma with the application of decortication technique and free skin flap transplantation.

Clinical examination has been done to 8 patients with the glandular rhinophyma form aged 56-88. All patients had surgical removal of their lesion with the decortication technique and free skin flap transplantation. Skin flaps were taken from the frontal thigh surface. The post-operative care is described as well. It has been found out that in 7 patients the wound completely healed in one month; in two patients – in two months. It is stated that the proposed technique of treatment gives good cosmetic and functional results. Patients return to normal social life.

Key words: rhinophyma, surgical treatment

Ринофима как инфильтративно-продуктивная форма розацеа известна достаточно давно и получила свое отражение не только в литературных источниках, но и в произведениях живописцев средневековья и эпохи возрождения [1]. Впервые заболевание описано в XIV веке врачом Гай де Шалляком, а свое название – розацеа получила благодаря трудам дерматолога Томаса Байтмана в 1812 г. Термин «ринофима» в 1881 г. предложил австрийский дерматолог Фердинанд Гербой (от греческого слова « rhimos» - нарост) [2]. Такое патологическое состояние в разных странах имело различные названия - нос слона, картофеляина, медный нос, нос лесника, винный нос и т.д. Степень выраженности заболевания варьирует от практически незаметного утолщения в области крыльев носа до уродующего лицо висящего носа в виде неправильной формы опухолевидного разрастания.

Считается, что ринофима является следствием кожного демодекоза, вызываемого микроскопическим клещом демодексом. Вместе с тем в прогрессировании заболевания определенно играют роль ряд провоцирующих факторов, таких как неблагоприятные условия внешней среды, алкоголизм, хронические болезни желудочно-кишечного

тракта, эндокринные и аутоиммунные заболевания [3]. Различают четыре разновидности ринофимы: фиброзно-ангиоматозную, железистую, фиброзную и акнетическую, при этом наиболее обезображивающей лицо формой ринофимы считают железистую, так как при ней наблюдается неравномерное разрастание железистых узлов, подчас до неузнаваемости меняющих лицо пациента [4, 5, 14].

Лечение ринофимы весьма сложная задача, и если на раннем этапе розацеа предпочтение отдадут консервативным методам воздействия на очаг заболевания, то лечение ринофимы как таковой, как правило, хирургическое и преследует цель коррекции косметических дефектов и восстановление носового дыхания [6]. Предложено множество способов удаления разрастаний кожи носа. Для этого используется скальпель, бритва, гальванокаутер, лазер, радиоволновой хирургический инструмент, холодно-плазменная коблация и др. [7–10, 13]. Все эти методы направлены на максимально полное удаление очагов заболевания и протекцию подлежащего костно-хрящевого остова. При этом дальнейшее заживление, как правило, достаточно обширной раневой поверхности происходит из кожи по краю раны, что требует длительного ухода и ча-

стых болезненных перевязок [11, 12]. Кроме того, вновь сформированный кожный покров на месте удаленных участков ринофимы по цвету значительно отличается от окружающих кожных покровов и бывает, как правило, ярко-розовым, что негативно воспринимается окружающими [1, 15].

Цель настоящей работы — оптимизировать технику хирургического лечения ринофимы с применением техники декорткации и пересадки свободных кожных лоскутов.

Материалы и методы

С 1994 по 2012 г. под нашим наблюдением находилось 8 больных ринофимой. Все пациенты мужского пола в возрасте от 56 до 88 лет (средний возраст 66,2 года). Больные предъявляли жалобы на наличие бугристого образования носа красно-фиолетового цвета с локальными гнойными фокусами. Другой, не менее важной жалобой было затруднение носового дыхания в положении лежа на спине и во время сна. У всех пациентов была диагностирована железистая форма ринофимы. По локализации у 2 пациентов ринофима занимала кончик носа, в 4 случаях процесс захватывал область ската носа и распространялся на крылья носа, а у 2 пациентов очаги розацеа, кроме носа, были в области носогубного треугольника и щеки. Операцию удаления ринофимы проводили в условиях эндотрахеального наркоза, необходимость которого была обусловлена защитой дыхательных путей от попадания крови. В качестве основы хирургического подхода для удаления ринофимы мы взяли доступ, который используется в пластической хирургии при операции открытой ринопластики. Разрез кожи у основания ринофимы осуществляли в области колюмеллы в пределах неповрежденной кожи. Разрез продлевали латерально по проекции каудального края крыльчатого хряща. Ножницами строго вне хрящевого скелета наружного носа осуществляли декорткационный маневр, при этом тунелирование кожи носа от костно-хрящевого остова проводили до границы не поврежденной розацеа кожи. Затем снаружи тангенциальным разрезом ринофиму отсекали. Гемостаз осуществляли биполярной коагуляцией. В 5 случаях отсечение кожи выполняли скальпелем №11, а у 2 пациентов использовали радиоволновой хирургический прибор. В результате проведенных манипуляций формировали раневую поверхность, представленную скелетированными хрящами наружного носа и его костным каркасом. Для закрытия раны применяли кожную пластику свободными кожными лоскутами. На переднебоковой поверхности бедра после обработки кожи острым скальпелем №22 либо бритвенным лезвием осуществляли забор расщепленных фрагментов кожи, которые раскладывали на раневую поверхность носа в виде мозаики так, чтобы края каждого лоскута интимно соприкаса-

лись друг с другом. Таким образом, постепенно закрывали всю рану наружного носа. С целью улучшения процесса заживления на кожные лоскуты до укладки силикона наносили гель Актовегина, который распределяли по всей поверхности тонким слоем. Для фиксации пересаженных лоскутов и лучшего заживления использовали силиконовую пленку толщиной 0,1 мм. Пленку, разделенную на полоски длиной до 2 см и шириной 1,5 см, укладывали на пересаженную кожу по типу черепицы. Нос укрывали мягкой пращевидной повязкой. Первую перевязку осуществляли на 5-е сутки, при этом выполняли только смену наружной пращевидной повязки, а силиконовую выстилку удаляли на 8-е сутки и далее рану вели открытым способом. Как правило, к 10-му дню после операции наблюдали полное приживление кожных лоскутов.

Результаты и обсуждение

Функциональные и косметические результаты оценивали через 1 мес после операции. Полное приживление пересаженных кожных лоскутов через 30 дней произошло у 7 больных, в результате чего границы каждого фрагмента полностью сгладились и визуально определялись с трудом. При этом цвет кожи в месте пересадки мало отличался от такового на неповрежденных участках кожи. У одного пациента полное заживление раны наступило через 2 мес после операции. Все больные отметили повышение качества жизни, которое выразилось в полноценной социальной адаптации. Пациенты отмечали, что после операции у них исчезла необходимость прятать дефект носа от окружающих, и именно поэтому они стали с охотой посещать общественные места и перестали замечать повышенное внимание окружающих к их внешнему виду. Все пациенты отметили улучшение носового дыхания после операции. Особо они подчеркивали полноценное носовое дыхание во время сна и в положении лежа на спине. Из осложнений необходимо отметить одностороннее ослабление жесткости крыла носа у одного пациента. При резком вдохе крыло носа присасывалось к перегородке носа и вызывало дискомфорт.

Для иллюстрации представляем клиническое наблюдение.

П а ц и е н т К., 88 лет, поступил в ЛОР-отделение ФГБУ ЦКБ с поликлиникой УД Президента РФ 03.12.2011 с жалобами на наличие объемного, бугристого образования наружного носа, вызывающего у него эстетический дискомфорт (рис. 1, а, б, в) и затруднение носового дыхания в положении лежа. Из анамнеза выяснено, что пациент страдает ринофимой с 1945 г. Отмечает, что первую операцию по удалению ринофимы перенес в Чехословакии в 1946 г., где служил военным летчиком. В течение последующих 66 лет трижды подвергался

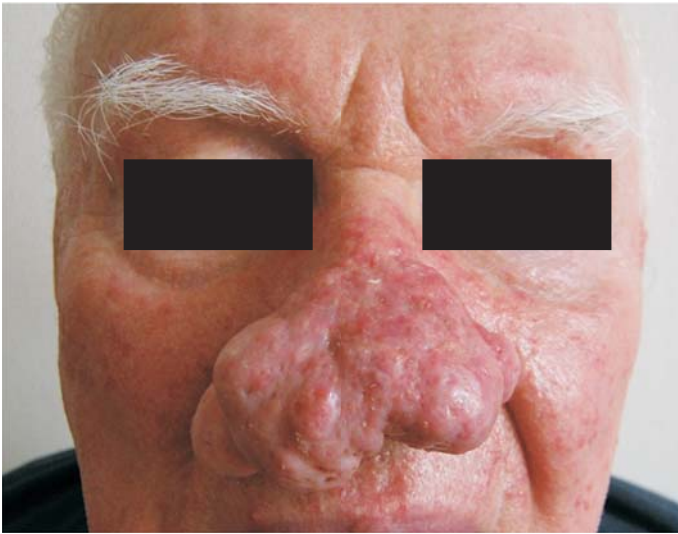


Рис. 1. Фотография пациента К., 88 лет, страдающего ринофимой наружного носа. а – вид спереди до операции;



б – вид снизу;



в – вид справа.



Рис. 2. Фотография этапа операции. а – взятие расщепленного кожного лоскута с передней поверхности бедра;



б – вид послеоперационной раны после удаления ринофимы, укрытой донорскими кожными трансплантатами.

удалению фрагментов гипертрофированной кожи кончика носа с кратковременным эффектом. Соматически пациент чувствует себя здоровым, ведет активный образ жизни, однако наличие ринофимы мешает ему участвовать в социальной жизни. При предоперационном обследовании установлено, что дыхательная, сердечно-сосудистая, мочеполовая

системы, а также клинические и биохимические анализы в пределах нормы.

Учитывая большой размер ринофимы, решено было выполнить оперативное вмешательство методом декорткации с пластикой свободными кожными лоскутами. 04.12.2011 под эндотрахеальным наркозом произведено удаление ринофимы. Раневая поверхность закрыта свободными кожными лоскутами с левого бедра (рис. 2, а, б). Послеоперационный период протекал без осложнений. В течение месяца рана, за исключением участка 10×10 мм в области левого крыла носа, эпителизовалась (рис. 3, а). Полное заживление раны наступило через 2 мес после операции (рис. 3, б). Пациент доволен результатом, поскольку чувствует себя комфортно в общественных местах, а полноценное носовое дыхание способствует нормальному сну.



Рис. 3. Фотография пациента К., 88 лет, после операции. а – через 1 мес. Приживление пересаженных кожных трансплантатов полное, за исключением участка 10×10 мм на левом крыле носа:



б – через 1,5 мес. Зона кожной пластики полностью зажила, кожный покров наружного носа практически не отличается от цвета кожи лица.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес не только вследствие хорошего результата лечения, но и прежде всего из-за возраста пациента. В литературе нам не удалось найти клинических

наблюдений успешного хирургического лечения ринофимы у пациентов 88 лет.

Выводы

1. Применение декортикационного доступа для лечения ринофимы позволяет удалить кожные разрастания с меньшей травмой для подлежащих хрящей наружного носа.

2. Закрытие дефекта кожи наружного носа мозаичными кожными расщепленными лоскутами эффективно в плане дальнейшего заживления раны, а защита уложенной кожи силиконовой выстилкой делает кожу носа ровной и естественного цвета.

3. Модифицированная тактика ведения послеоперационного периода сократила количество перевязок до одной за весь период наблюдений.

Литература

1. Святенко Т.В., Харитонова Е.Г. Розацеа у мужчин: медико-социальная сторона проблемы *Эстетична медицина*, Киев 2009 № 3 С. 57-59.
2. Потеекаев Н.Н. *Розацеа*. С.-Петербург 2000.
3. Курдина М.И., Потеекаев Н.Н., Потеекаев С.Н., Львов А.Н. *Вестн дерм и венерол* 1998; 4: 16–20.
4. Мануйлов А. *Ринофима*. БМЭ, 3-е изд. М 1984; 22: 306–307.
5. Лебедевский Б.Н. *Ринофима*. Многотомное руководство по оториноларингологии. М 1963; 3: 35–36.
6. Wiener D.R. *Rhinophyma*. *Clin Plast Surg* 1987; 14: 357–365.
7. Лихачев А.Г. *Ринофима*. *Справочник по оториноларингологии*. М 1981; 117–118.
8. Сынебогов С.В. *Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. ... канд. мед. наук*. М 1998.
9. Aferson M., Millman B. *Dermatol Surgery* 2002; 28: 8: 735–738.
10. Langton J., Timms M. *VJOG* 2006; 113: 347–349.
11. Огородников Д.С. *Ринофима*. *Оториноларингология: национальное руководство*. Под ред. В.Т. Пальчуна. М: ГЭОТАР-Медиа 2008; 960.
12. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М. *Хирургическое лечение больных ринофимой с применением холодной плазмы* *Росс.оториноларингология* 2010, №5, С. 44 – 49.
13. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М. *Ринофима гигантского размера* *Вестник оториноларингологии*, 2011, №2, С. 48-49.
14. Шатохина С.Н., Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В. *О ринофиме и ее цитологических особенностях*. *Вестн оторинолар* 1999; 3: 50–51.
15. Akhdari N. et al. *Rhinophyma: a giant presentation*. *Clin Exp Dermatol* 2009; 34: 4: 536–537.