

Опыт применения прибора «Сургитрон™» при лечении ринофимы.

Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии Российского

Университета Дружбы народов,

ООО НМЦ «Мединкур»

В.И. Гунько, В.Д. Труфанов, В.Л. Занделов, Г.Г. Худайбергенов,

Л.В. Сульповар, Б.Э. Косцов, Н.Н. Соколова

г.Москва

Ринофима – доброкачественное опухолевидное образование кожи носа, характеризующееся гипертрофией всех ее элементов, увеличением и обезображиванием лица больного. Термин «rhinophyma» состоит из греческих слов rhis (нос) и phyma (нарост). Просветы и выводные протоки сальных желез расширяются, скапливающееся в них сало разлагается, раздражает эпителий и неприятно пахнет.

Встречается ринофима главным образом у мужчин старше 40 лет. Такой нос в разных странах называли слоновым, медным, луковичным, винным, шишковидным, нос рома, крюка, картофеля. Очень редко ринофима встречается у людей негроидной расы (описаны только три случая).

Этиология заболевания до конца не ясна. Ринофиме способствуют неблагоприятные условия внешней среды: частые охлаждения, повышенная влажность, запыленность воздуха. Из предрасполагающих факторов - хронический алкоголизм, эндокринные расстройства, заболевания желудочно-кишечного тракта, стресс, факторы питания, гиповитаминоз, Demodex Folliculium, нарушение равновесия андрогенных факторов. Многие авторы считают, что это заболевание появляется вслед за розовыми угрями. Опухоль часто затрудняет носовое дыхание и прием пищи.

С точки зрения гистопатологии пораженная ткань представляет собой большие сальные железы и сальные железы волоса, закупоренные кератином. Первичным является лимфатический интерфолликулярный воспалительный инфильтрат клетки. В более тяжелых случаях наблюдается образование гранулемы. Часто эти гигантские сальные железы могут опорожняться в

обычный синус. Большое количество гипертрофированной ткани часто состоит из широких тонкостенных сосудов.

В строге ринофимы более часто, чем в нормальной коже, развиваются различные опухоли: аденомы, базалиомы, плоскоклеточные карциномы (15-30 процентов больных).

Встречаются две формы ринофимы: гланулематозная и фиброзная. При гланулематозной форме, которая бывает чаще, разрастания выглядят в форме грубых узлов разных размеров и мягкой консистенции с блестящей сальной поверхностью и синюшным оттенком. При фиброзной форме, которая встречается реже, поверхность пораженной части носа гладкая, ткани гипертрофированы, а кожа уплотнена и сохраняется конфигурация носа. Ринофима развивается медленно. В ходе развития заболевания наблюдается чередование стадий быстрого роста с периодами затихания процесса. Спустя несколько лет процесс может остановиться, но возникшие изменения никогда не исчезают. Патологический процесс не поражает хрящей. Однако, в результате постоянного давления гипертрофированных масс, они могут деформироваться, истончаться и даже подвергаться полной деструкции.

Лечение ринофимы в основном осуществлялось хирургически.

Впервые операцию по устранению ринофимы в 1629г. провел Даниел Сеннерт. В 1864г. Стромейер описал тангенциальную эксцизию. В 1875г. Олиер провел операцию по декорткации. В 1920г. стала модной декорткация и покрытие дефекта лоскутом кожи полной толщины. Основные принципы современного хирургического лечения ринофимы:

- клиновидное иссечение пораженных тканей с последующим наложением швов;
- подкожное иссечение разрастаний соединительной ткани;
- послойная декорткация - удаление гипертрофированной кожи и соединительнотканых разрастаний, не достигающих до хрящей носа;
- глубокая декорткация - резекция всей толщи пораженной кожи вплоть до остова хряща с последующей пластикой дефекта кожным лоскутом.

Обычно пораженные ткани удаляют скальпелем, бритвой, ножницами. Кровотечение останавливают диатермокоагуляцией (глубокое поражение подлежащих тканей), раздавливанием, прижатием, перевязкой кровоточащих сосудов.

Если операция осуществляется без пластики дефекта, то раневую поверхность закрывают маевой повязкой, а сверху накладывают давящую повязку. Первая перевязка производится на 4 - 6-й день (меняют поверхностный слой). Эпителизация раны происходит через 3 - 4 нед.

Удаление всей толщи пораженной ткани с последующей пластикой дефекта и применение электрокоагуляции имеют ряд недостатков: обильное кровотечение во время операции, образование грубых послеоперационных рубцов, а также возможность образования рецидивов.

При пластике дефектов свободным кожным лоскутом долго сохраняется отек носа, ощущается боль, меняется цвет кожи носа, а также дополнительно проводится лечение - декоррекция места, где был взят лоскут. В настоящее время пластика с лоскутами расщепленной или полной толщины кожи производится очень редко, т.к. наблюдается очень ничтожный послеоперационный эффект. Основные способы хирургического формирования контура носа: с помощью скальпеля, эксцизия лазером (ЭЛ), криохирургия, дермабразия, деструкция ультразвуком, электрокоагуляция (ЭК), радиоволновая хирургия (РХ). РХ- это бесконтактный способ резки и коагуляции (радиоволны высокой частоты 3,8-4,0 МГц). Энергия высокой частоты концентрируется на конце электрода, и клетка испаряется. С его помощью можно очень аккуратно удалять ткань с превосходным косметическим результатом, или полностью иссекать. Радиоволны не вызывают обугливания тканей, эпителизация происходит в два раза быстрее. Применение ЭЛ: кровотечение во время операции отсутствует, болевые ощущения во время и после операции незначительны. Через 48 ч. рана покрывается черной коркой (глубокий некроз подлежащих тканей). В течение 20-30 дн. корка отторгается. На 30-35-й день наступает полная эпидермизация. Дефокусирование луча создает дополнительный гемостаз

мелких сосудов, а для гемостаза более крупных сосудов иногда требуется применение ЭК. Также требуется больше подготовительных и профилактических мер. При работе с CO₂-лазером выходной луч при сквозном разрезании больших узелковых утолщений требует надлежащей защиты на выходе.

Радиоволновая хирургия - современная электрохирургия стала универсальной техникой для практикующих врачей и представляет собой эффективный метод лечения многих новообразований, применение которого значительно сокращает время операции. С его помощью можно или очень аккуратно удалять ткань с превосходным косметическим результатом, или полностью иссекать.

Метод радиоволновой хирургии разработан фирмой "Ellman International" (США) в 1978г. и с тех пор получил широкое распространение в мировой хирургической практике. Портативный радиоволновой хирургический прибор "Сургитрон™" производства фирмы "Ellman International" работает на частоте 3,8 – 4.0 МГц.

Настоящее исследование посвящено сравнительной оценке различных видов хирургического лечения ринофимы. При проведении лечения радиоволновым хирургическим методом решались следующие задачи:

Изучить преимущества радиоволнового хирургического метода перед другими методиками, применяемыми при лечении ринофимы.

Разработать тактику послеоперационного ведения больных.

В своей работе с февраля 1997г. мы используем радиоволновой хирургический прибор "Сургитрон™", которым можно свободно работать с кожей и мягкими тканями.

Нами прооперированы 9 пациентов: 7 мужчин пожилого возраста - двое с фиброзной и пять с гранулематозной формами ринофимы, две женщины с фиброзной формой. Перед операцией проводили клиническое обследование больных. Анализы соответствовали возрастным изменениям. Операции проводились в амбулаторных условиях с использованием местной анестезии растворами Ultracaini 4%, Ubistezini 4%. Выполняли послойную

декортикацию в режиме работы прибора "разрез/коагуляция". Удаление ринофимы начинали от неизменной здоровой кожи. В процессе операции нос приобретал надлежащую форму и величину. Гемостаз в ходе операции осуществляется одновременно с рассечением ткани, а также путем прямой и не прямой коагуляции в режиме прибора "разрез/коагуляция" или "коагуляция".

Использование радиоволнового хирургического прибора "Сургитрон™" представляет следующие очевидные преимущества:

1. атравматический разрез;
2. минимальное кровотечение в ходе операции;
3. отсутствие глубокого некроза и некротического поражения подлежащих тканей (по сравнению с электрокоагуляцией);
4. раневая поверхность покрывается некротической пленкой;
5. **осуществляется контроль слоев удаляемых тканей;**
6. минимальный отек тканей;
7. отсутствие боли во время операции и в послеоперационном периоде;
8. ускорение процесса заживления послеоперационной раны;
9. высокий косметический эффект.

Эффект разреза достигается без физического мануального давления или дробления клеток ткани. Разрез производится при помощи тепла, выделяемого при сопротивлении, которое ткани оказывают проникновению высокочастотных волн, исходящих из хирургического электрода. Под воздействием тепла клетки, находящиеся на пути волны, подвергаются распаду и испарению, и ткани расходятся в стороны. Метод атравматичен, поэтому заживление происходит без образования шрама - характерного последствия мануальных разрезов.

Сразу после операции раневая поверхность обрабатывалась 6% раствором KMnO_4 . Дома больные дополнительно обрабатывали раневую поверхность раствором перекиси водорода и наносили солкосериловую или тетрациклиновую мазь. Заживление раны проводилось открытым способом

без повязок. Эпителизация наступала на 13-20 сутки, а полная эпидермизация - на 20-30-й день. После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов.

При применении радиоволнового хирургического прибора "Сургитрон™" достигается следующий экономический эффект:

- сокращение времени проведения операции;
- сокращение койко-дней и времени потери трудоспособности;
- сокращение расходования наркозных препаратов, кровезаменителей, вспомогательных материалов;
- возможность проведения операций амбулаторно.

Таким образом, радиоволновая хирургия является более быстрым, более удобным и менее дорогим методом, чем лазерная хирургия и другие хирургические методики. Применение радиоволновой хирургической техники значительно облегчает, улучшает и ускоряет хирургические процедуры. Глубина разрушения ткани контролируется аккуратной регулировкой мощности прибора. Использование прибора "Сургитрон™" помогает избежать неприятных послеоперационных последствий, таких как боль, отек, инфекция, тризм и послеоперационный шок от потери крови, которые часто проявляются после применения "традиционных" методов хирургических вмешательств.

Рис.1, 2. Пациент К. 65 лет до операции.



Рис. 3, 4. Пациент К. 65 лет после операции.



Рис. 5, 6. Пациент Ф. 67 лет до операции.



Рис. 7, 8. Пациент Ф. 67 лет после операции.



ЛИТЕРАТУРА

1. George C. Peck , Jr., M.D., Lorelle N. Michelson, M.D., and George C. Peck, M.D. The external shaving technique in aesthetic rhinoplasty. *Plast. Reconstr. Surg.* 97:33-39, 1996.
2. С.Н.Шатохина , Ф.И.Чумаков , О.В.Дерюгина .О ринофиме и ее цитологических особенностях (Rhinophyma and its cytological characteristics) Вестник оториноларингологии 1999 ; 3: 50-51.
3. Anderson, J.R., Dykes, E.R.: Surgical treatment of rhinophyma . *Plast. reconstr. Surg.* 30: 397 , 1962 .
4. Plenk , H.P. Rhinophyma , associated with carcinoma , treated succesfully with radiation . *Plast .Reconstr .Surg .* 95:559 , 1995 .
5. Rees , T.D. Basal cell carcinoma in association with rhinophyma . *Plast .Reconstr .Surg .* 16:282 , 1955 .
6. Hulsbergen Henning , J. P., and van Gemert , M. J. Rhinophyma treated by argon laser . *Lasers Surg . Med .* 2:211 , 1983
7. Sonnex , T.S. , and Dawber , R.P. Rhinophyma : Treatment by liquid nitrogen spray cryosurgery . *Clin .Exp .Dermatol .* 11:284, 1986.
8. Dufresne, R.G., Zienowicz, R.J., Rozelle, A. An introduction of the ultrasonic scalpel Utility in treatment of rhinophyma. *Plast. Reconstr. Surg.* 98 : 160, 1996
9. Hambley, R. Hebda, P.A., Abell, E. Wound healing of skin incisions produced by ultrasonically vibrating knife, scalpel, electrosurgery and carbon dioxide laser. *J.Dermatol.Surg.Oncol.* 14:1213, 1988
10. Brown, J.S. *Radiosurgery. Minor surgery – a text and atlas.* Chapman and Hall Medical, third edition, 1997, Chapter 42, 300-26