

ГИНТАРАС КАРАЛЯВИЧЮС , АУДРЮС ЖИЖЛЯУСКАС

Отделение реконструкционной-пластической хирургии,
Шяуляйская больница, Литва

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РИНОФИМЫ

Ключевые слова : ринофима, радиохирургия, электрохирургия (rhynophyma, radiosurgery, elektrosurgery).

Резюме. Ринофима – гипертрофия мягких носовых тканей. В статье рассмотрены три способа лечения : формирование контура с помощью скальпеля, электроножа и радиохирургического прибора, Суть заживления основывается на сохранении дна отводных каналов жировых желез кожи – это создает условия для самопроизвольного восстановления эпителия. Прооперировано 30 больных. Наилучший результат получен при лечении радиохирургическим способом (минимальное рубцевание, самые короткие операционные и послеоперационные периоды, незначительное повреждение окружающих тканей).

Summary. Rhynophyma is a disfiguring soft-tissue hypertrophy of the nose. In the article we observe few methods of treatment : shaving with scalpel, electrosurgery and radiosurgery. The essential thing is to preserve the underlying sebaceous glands fundi that permit spontaneous reepithelization. We have performed 30 operation. The best results have been got by treatment with radiosurgery unit (minimal scarring, minimal time for surgery and postoperative care, minimal damage of lateral tissue).

ВВЕДЕНИЕ

Ринофима не является косметическим дефектом в прямом смысле, но именно изменение формы носа заставляет пациентов обратиться к врачам. Приходилось слышать отзывы известных литовских дерматологов, что самым лучшим способом лечения ринофимы является лазерохирургия. Данной статьей мы хотим показать, что существуют и другие достаточно эффективные способы лечения ринофимы, а также то, что в случае нелечения может произойти.

Термин «rhynophyma» состоит из греческих слов rhis (нос) и phyma (нарост). Это патологическая гипертрофия мягких носовых тканей. Основные причины заболевания: красные прыщи (грануломатозная форма) и хроническое воспаление кожи с телеангиэктазиями. Указываются и различные другие факторы (Demodex folliculorum, стресс, гиповитаминоз, нарушение равновесия андрогенных гормонов). Существует две формы ринофимы. Первая форма - фиброзная ангиэктатическая, реже встречающаяся, возникает чаще у женщин, при этом нос увеличивается, его конфигурация не изменяется, цвет – красно-фиолетовый из-за пролиферации кровеносных сосудов, кожа блестит. Вторая форма – железистая, встречается чаще у мужчин, при этом образуется несколько «шишек», которые позже сливаются. Ринофимой мужчины болеют в шесть раз чаще, чем женщины. Связь возникновения болезни и ее развития со злоупотреблением алкоголя не установлена. Это заболевание в разных странах имеет довольно интересные синонимы: нос виски, рома, крюка, картофеля, слона. Очень редко ринофима встречается у людей негроидной расы (только три случая описаны) [1,3].

В стромах ринофимы более часто, чем в нормальной коже, развиваются различные опухоли: аденомы, базалиомы, плоскоклеточные карциномы (15-30 процентов больных) [2,4,5].

Неоперационное лечение малоэффективно. Оно подходит только в начальных стадиях болезни.

Известно, что впервые операцию по устранению ринофимы в 1629 г. провел Даниел Сеннерт. В 1864 г. Стромейер описал тангенциальную эксцизию (оставляя интактные желобки жировых желез, а это создает возможность для спонтанной реэпителизации). В 1875 г. Олиер провел операцию по декортикации. В 1920 г. стала модной декортикация и покрытие дефекта лоскутом кожи полной толщины.

В настоящее время пластика с лоскутами расщепленной или полной толщины кожи производится очень редко, так как при этом наблюдается очень ничтожный послеоперационный эффект. Применяются различные методы устранения изменившихся тканей, но остается возможность для самопроизвольной реэпителизации. Можно упомянуть основные способы хирургического лечения: формирование контура носа с помощью скальпеля, эксцизия лазером, криохирургия, дермабразия, деструкция ультразвуком, электрохирургия, радиохирургия [2,3,4,5,6,7,8,9,10].

МЕТОДИКА

В 1996-2002 г.г. мы прооперировали 30 больных. Среди них – три женщины. Лечили несколькими способами: применяли формирование контура с помощью скальпеля, использовали электрохирургический или радиохирургический приборы. 16 пациентов оперировали под общей анестезией, у 10 пациентов вызвана управляемая гипотония.

Двум больным выполнено формирование контура с помощью скальпеля. Удалено по 1-2 мм гипертрофической ткани. Кровотечение останавливалось путем прикладывания салфеток, смоченных в адреналине.

14 больных оперировано электроножом. Монополярной петлей по 1-2 мм удалялись изменившиеся ткани до тех пор, пока не был достигнут хороший косметический вид. Над хрящами было оставлено 2-3 мм интактной ткани, так как после обнажения хрящей могут возникнуть осложнения (хондрит).

В 2001 г. мы приобрели современный радиохирургический прибор «SURGITRON». С его помощью мы провели 14 операции по формированию контура. Операции проводились под местной анестезии (Sol. Bupivacaini 0,25% с Sol. Adrenalin 1:100 000).

После операций использовались различные не липнущие бинты, перевязывали каждые 3-4 дня, чтобы не нарушать самопроизвольной эпителизации. Последним 5 пациентам вместо бинтов использовали КМnO₄ 5% раствор.

Период выздоровления длился 14 -18 дней. Послеоперационное покраснение оставалось до месяцев.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Во время операций в обоих случаях было довольно сильное кровотечение. Желая устранить хотя бы минимальный плюс тканей, немало времени тратили на остановку капиллярного кровотечения. Послеоперационный результат, по оценке больных, хороший, а по нашей - удовлетворительный по сравнению с другими способами. Проблематична была и замена бинтов, хотя и использовались бинты, смоченные в жидком парафине, поскольку при снятии отрывалась часть струпов

и снова начиналось обильное кровотечение. Это обуславливало более продолжительное время эпителизации.

14 больных, которые были прооперированы с помощью электроножа, результаты оценивают как очень хорошие, мы оцениваем хорошо. Долгий средний период выздоровления (около 21 дня) был из-за метода, использованного во время формирования контура, потому образовалась глубокая зона послеоперационного некроза тканей. Послеоперационная эритема сохранялась около 6 мес.

Остальных 14 пациентов мы оперировали радиохирургическим способом. Результаты по нашим и больных оценкам – очень хорошие. Достигнут очень хороший косметический результат и более быстрый послеоперационный период. Полная эпителизация с минимальной эритемой произошла в течение 14 дней. Полностью эритема исчезла в течение трех месяцев.

ОБСУЖДЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ

Проведя 30 операций по формированию контура носа из-за ринофимы, мы заметили, что для больных довольно большое значение имеет послеоперационный период. Им довольно неприятно кровотечение во время смены бинтов. Потому формирование контура с помощью скальпеля мы заменили электроножом. При смене бинтов было только минимальное кровотечение, но стал более длинным период выздоровления из-за глубокого термического повреждения окружающих тканей.

Мы эти проблемы решили, начав оперировать с помощью радиохирургического прибора «SURGITRON». Радиоволны не вызывают обугливания тканей, эпителизация происходит в два раза быстрее. Это бесконтактный способ резки и коагуляции (радиоволны высокой частоты 3,8-4,0 MHz). Резку обуславливает тепло, образующееся во время сопротивления тканей прохождению радиоволн сквозь них. Энергия высокой частоты концентрируется на конце электрода, и клетка испаряется. Прямой контакт с тканью отсутствует. Сам электрод не накаляется, потому термическое повреждение тканей минимально.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Обязательно надо оперировать больных ринофимой, так как существует большая опасность малигнизации.

2. Самый эффективный способ операции – с помощью радиохирургического прибора «SURGITRON» (самый короткий период выздоровления, можно проводить операцию под местной анестезией, самые лучшие результаты лечения).

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. Rhynophyma , associated with carcinoma , treated succesfully with radiation .Plast .Reconstr .Surg .95:559 ,1995 .
5. Rees ,T.D. Basal cell carcinoma in association with rhynophyma .Plast .Reconstr .Surg .16:282 ,1955 .
6. Hulsbergen Henning , J. P., and van Gemert , M. J. Rhynophyma treated by argon laser .Lasers Surg . Med . 2:211 ,1983
7. Sonnex ,T.S. , and Dawber ,R.P. Rhynophyma : 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 rhynophyma. 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