

ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РИНОФИМОЙ

Магомедов М.У.*, Егоров В.И.,
Мустафаев Д.М.Московский областной научно-
исследовательский клинический институт
имени М.Ф. Владимирского, Москва

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.44.47.035

Резюме. Этиология и патогенез ринофимы остаются недостаточно изученными, ведется непрерывный поиск современных методов лечения ринофимы.

Проведено успешное комплексное лечение 32 больных ринофимой, разделенных на две группы. Лечение в первой группе с использованием холодноплазменного аппарата Coblator II, во второй аналогичным методом с последующим применением NO-терапии. Полученные данные свидетельствуют о высокой эффективности комплексного метода лечения больных ринофимой.

Ключевые слова: ринофима, комплексное лечение, холодная плазма, NO-терапия.

OUR EXPERIENCE IN THE COMPLEX TREATMENT OF RHINOPHYMA

Magomedov M.U.*, Egorov V.I., Mustafayev D.M.

Moscow regional research clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky, Moscow

Abstract. To this day, the etiology and pathogenesis of rhinophyma remains insufficiently studied, and a continuous search is currently underway for modern methods of treating rhinophyma.

A successful complex treatment of 32 patients with rhinophyma divided into two groups was carried out. Treatment in the first group using the Coblator II cold plasma apparatus, in the second by a similar method, followed by the use of NO-therapy. The data obtained in the article indicate the high efficiency of the complex method of treating patients with rhinophyma.

Keywords: rhinophyma, complex treatment, cold plasma, -NO therapy.

Ринофима — воспалительное заболевание кожи носа, является инфильтративно-продуктивной стадией розацеа, для которой характерно образование воспалительных узлов, инфильтратов и опухолевидных разрастаний за счёт прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани и салльных желез в области наружного носа с деформацией нижней 2/3 его, а также стойкое расширение сосудов вследствие хронического прогрессирующего заболевания [1–5].

До настоящего времени заболевание достаточно не изучено, однако считается, что ринофима является III стадией розовых угрей. Её рассматривают в качестве самостоятельного заболевания, если в анамнезе отсутствует стадия розацеа [3].

В зарубежной литературе приведены данные о наследовании ринофимы, но каким образом оно реализуется, до конца не понятно. По данным Fink S. et al. (2018), среди 160 пациентов с ринофимой только у 11 (6,8%) были сообщения о наличии болезни у ближайших родственников [1].

Эпидемиология заболевания: встречается на 3–4 десятилетия жизни, достигает своего расцвета в возрасте 42–50 лет [1–3].

В основном ринофимой страдают люди светлой кожи расы, в то время как в африканской и азиатской популяции ринофима встречается крайне редко [4; 5].

Ринофима наблюдается чаще у мужчин, хотя розацей чаще страдают женщины (в 63% случаях), соотношение мужчин и женщин с ринофимой колеблется от 12:1 до 30:1 [1; 3; 5].

Ринофима является косметически деформирующим заболеванием, характеризующимся узловым разрастанием нижней 2/3 носа. Ринофима, сопровождающаяся выраженным ростом измененных участков наружного носа, кроме заметного обезображивающего действия, также клинически проявляется резким затруднением носового дыхания [4].

Среди предрасполагающих факторов, вызывающих развитие ринофимы выделяют экзогенные и эндогенные: активное размножение клеща *Demodex folliculorum*, перенапряжение нервной системы, дефицит витаминов в организме, дисбаланс мужских гормонов, заболевания пищеварительного тракта, вредные факторы окружающей среды [1; 4].

Большинство авторов придают большое значение в развитии ринофимы хроническому алкоголизму — «винный нос», «шишковидный нос», «нос пьяницы», «нос виски», «рома» регулярно применяемые термины в описании ринофимы, как в отечественных, так и в зарубежных публикациях, которые введены в обиход еще с XIX века. Неоснованное в настоящее время мнение о связи между употреблением алкоголя и развитием ринофимы оказывает не-

гативное влияние на психологическое и социальное благополучие, а так же на общее качество жизни пациентов с данной патологией [2; 4].

Лечение ринофимы является одной из трудных задач медицины, так как в начальных стадиях на уровне красных угрей, заболевание лечится дерматологами медикаментозно, при необратимых изменениях кожных покровов наружного носа строго хирургически. В настоящее время в хирургическом лечении ринофимы авторами предлагаются разные методы хирургической коррекции наружного носа. Они направлены на уменьшение операционной травмы. Остается актуальным внедрение методов воздействия, влияющие на процесс заживления раны в послеоперационном периоде [1–5].

С 1992 г. в литературе появились данные о влиянии эндогенного оксида азота (NO) на течение раневого процесса. Основой метода является воздействие на раневую поверхность NO-содержащим газовым потоком [6]. В настоящее время опыт использования NO-терапии в лечении больных ринофимой отсутствует.

С 2015–2020 гг. в ЛОР-клинике пролечено 32 больных с ринофимой (9 женщин, 23 мужчин). Возраст больных колебался от 42 до 81 года. Средний возраст составил 65 лет. Всем пациентам в хирургическом лечении использована холодная плазма.

* e-mail: mmu.med@mail.ru

Пациенты были разделены на две группы по 16 человек. Лечение в первой группе проводилось с использованием холодноплазменного аппарата Coblator II, во второй группе аналогичным методом с последующим применением NO-терапии с помощью воздушно-плазменного скальпеля-коагулятора «Плазон» в максимальном режиме (содержание NO-2000-2500 ppm) 60–180 с.

При анализе результатов применения NO-терапии при снятии лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ граммы) у пациентов, которым выполнялась обработка послеоперационной раны монооксидом азота среднее значение уровня микроциркуляции до воздействия составило $19,46 \pm 7,03$, а в контрольной $16,45 \pm 7,16$ перфузионных единиц (пф.ед), соответственно. Сравнивая обе группы испытуемых, можно прийти к заключению, что в них исходный уровень микроциркуляции статистически не различался. После воздействия среднее значение показателя микроциркуляции в основной группе возросло и составило $25,71 \pm 01,05$ пф.ед, а в контрольной группе — $17,07 \pm 7,44$ пф.ед. Резюмируя вышесказанное, воздействие на послеоперационную область после удаления ринофимы NO-содержащего газового потока привело к ранее предполагаемому повышению уровня микроциркуляции в среднем на 6,25 пф. ед, примечательно, что инсультации потоком воздуха уровень микроциркуляции объективно не изменился.

Эпидермизация наступала в основной (II) группе наступила на 3-е (\pm) сутки, конец ее отмечался на 12(\pm) сутки, а в контрольной (I) группе 8-й (\pm) сутки, конец ее отмечался на 18-й (\pm) сутки. После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов.

Клиническое наблюдение

Пациент Г., 71 год, поступил с жалобами на изменение наружного носа за счет плотного образования. Изменения наружного носа за счет гипертрофии кожных покровов развивалась в течение последних трех лет. В последний год пациентом замечено, что образование молниеносно стало разрастаться в размерах, возникло затруднение носового дыхания через обе половины носа. До обращения к нам по поводу данного заболевания регулярно обращался к дерматологам, получал курс консервативной терапии — без значимого эффекта.

Объективно: нос пациента аномально увеличен в размерах, больше справа за



Рис. 1.

счет плотного безболезненного образования в области верхушки носа, неправильной формы. Границы образования наружного носа составляет нижний край верхней губы снизу, наружный контур носогубного треугольника сбоку. Образование покрыта многочисленными телеангиоэктазиями, где визуализируются расширенные устья сальных желез. За счет неравномерного разрастания нос асимметричен.

Беря в расчет клиническую картину и данные осмотра, больному поставлен диагноз: ринофима, железистая форма.

Пациент амбулаторно обследован: в лабораторных показателях крови и мочи показатели в пределах нормы. Консультирован невропатологом, терапевтом, и челюстно-лицевым хирургом. Очаговой, менингеальной симптоматики и иной патологии не выявлено.

Удаление ринофимы выполняли под местной анестезией с помощью холодноплазменного хирургического аппарата.

В процессе хирургического вмешательства первоначально выступающие измененные участки наружного носа удалались, далее проводилась декортикация оставшейся измененной кожи до формирования соответствующих параметров наружного носа. Мы операции проводили без пластического закрытия послеоперационной раны наружного носа.

Вокруг ноздрей в месте перехода кожи во внутреннюю оболочку преддверия носа остается интактной полоска кожного покрова, которую следует обязательно щадить во избежание рубцевания и деформации краев ноздрей.

В послеоперационном периоде раневую поверхность обрабатывали 2 раза в сутки мазью «Солкосерил». Для восполнения микроциркуляторного русла, а также ускорения регенерации проводилась ежедневная обработка послеоперационной раны с применением воздушно-



Рис. 2.



Рис. 3.

но-плазменного скальпеля-коагулятора «Плазон» в максимальном режиме (содержание NO-2000-2500 ppm) 60–180 с на протяжении 5 суток. Оценку эффективности применения аппарата «Плазон» проводили с помощью лазерной доплеровской флоуметрии.

Эпидермизация наступила на 3-е сутки, завершение её и полное отторжение корок отмечали на 14-е сутки.

После операции поверхность кожи носа была гладкой без образования рубцов. К окончанию первого месяца нос приобретает должную величину и надлежащий вид, по цвету практически не отличается от прилежащих тканей.



Рис. 4.

Выводы

Преимуществами холодноплазменной хирургии с последующим использованием NO-терапии при лечении ринофимы являются: возможность проведения оперативного вмешательства как под наркозом, так и под местной анестезией, кровотечение во время операции незначительно,

осуществляется визуальный контроль всех слоев удаляемых тканей, в послеоперационном периоде отсутствует болевой синдром, процесс заживления протекает гладко с приемлимым эстетическим результатом, позволяет сократить сроки лечения больных, снизить риск развития рецидивов, проявления цветовой разницы оперируемой зоны с окружающей кожей.

Заключение

Комплексный метод хирургического лечения больных ринофимой с использованием холодноплазменного воздействия в последующем с ежедневной обработкой послеоперационной области аппаратом «Плазон» представляется эффективным, безопасным, экономически выгодным, позволяет добиться хороших эстетических результатов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Fink C, Lackey J, Grande DJ. Rhinophyma: a treatment review. *Dermatol Surg.* 2018;44(2):275–282. doi:10.1097/DSS.0000000000001406.
2. Tüzün Y, Wolf R, Kutlubay Z, et al. Rosacea and rhinophyma. *Clin Dermatol.* 2014;32(1):35–46. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.05.024.
3. Antunes M, Frasson G, Ottaviano G, et al. Giant rhinophyma in low-resource setting: a case report. *Int J Dermatol.* 2017;56(8):875–877. doi: 10.1111/ijd.13682.
4. Krausz AE, Goldberg DJ, Ciocon DH, Tinklepaugh AJ. Procedural management of rhinophyma: a comprehensive review. *J Cosmet Dermatol.* 2018;17(6):960–967. doi: 10.1111/jocd.12770.
5. Schweinzer K, Kofler L, Spott C, et al. Surgical treatment of rhinophyma: experience from a German cohort of 70 patients. *Eur J Dermatol.* 2017;27(3):281–285. doi: 10.1684/ejd.2017.2987.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ОТОПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ДЕФЕКТАХ УШНОЙ РАКОВИНЫ

Каюмходжаев А.А., Расулов Ж.Д.,
Гуламов А.Б., Алоханов Л.Б.*,
Низамходжаев Ш.З., Шарапов Н.У.

РСНПМЦХ имени академика В.Вахидова,
Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.25881/BPNMSC.2020.16.97.036

Резюме. Представлены первые результаты использования интраоперационного баллонного растягивания мягких тканей околоушной области при выполнении I этапа реконструктивной отоластики по поводу врожденной микроотии. Использование интраоперационного баллонного растягивания по схеме позволило: решить проблему дефицита мягких тканей при имплантации сформированного из реберных хрящей каркаса ушной раковины; формировать мочку ушной раковины и козелок при первом этапе реконструкции. Представлены результаты применения усовершенствованного способа реконструктивной отоластики при сложной ушной раковине III степени.

Ключевые слова: ушная раковина, реконструкция, интраоперационная баллонная дермотензия.

К ушным дефектам и деформациям относятся не только приобретенные дефекты, связанные с травмами, ожогами, опухолями, рубцами и воспалением, но так же врожденные пороки развития

AN UPDATE OF RECONSTRUCTIVE OTOPLASTY IN CONGENITAL DEFECTS OF THE AURICLE

Kayumkhodzhaev A.A., Rasulov Z.D., Gulamov A.B., Alohanov L.B.*, Nizamkhodzhaev Sh.Z., Sharapov N.U.

SI «Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after acad. V. Vahidov», Tashkent, Uzbekistan

Abstract. The article presents the first results of the use of intraoperative balloon stretching of the soft tissues of the parotid area when performing the first stage of reconstructive otoplasty for congenital microtia. The use of intraoperative balloon stretching according to the scheme allowed: to solve the problem of soft tissue deficiency during implantation of the auricle carcass formed from costal cartilage; form the earlobe and tragus at the first stage of reconstruction. The results of the use of intraoperative balloon stretching presents of the soft tissues of the parotid area when performing the first stage of reconstructive otoplasty for congenital microtia.

Keywords: auricle, reconstruction, intraoperative balloon stretching.

ушной раковины, начиная от порока развития I степени (оттопыренные ушные раковины) до пороков развития III степени, включая микроотию. С достижением в области хирургической техники и био-

технологии для анализа доступны различные варианты. Реконструкция ушной раковины до сих пор привлекает внимание пластических, челюстно-лицевых хирургов и отоларингологов. Несмотря

* e-mail: dr.alohanov@gmail.com