



Выявлена общая тенденция роста заболеваемости риносинуситами у населения Ташкента и его регионов на протяжении периода с 2008 по 20011 г. Однако возрастание частоты заболеваемости имеет нелинейный характер. При этом наиболее выраженный рост заболеваемости наблюдается преимущественно при локализации воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе.

Рост хронизации воспалительного процесса убедительно прослеживается только у больных

воспалением верхнечелюстных и решетчатых пазух. При других локализациях воспалительного процесса наличие роста хронизации воспалительного процесса не прослеживается.

Климатические условия оказывают непосредственное влияние на характер заболеваемости, что проявляется в резком и скачкообразном подьеме частоты острых форм воспалительного процесса околоносовых пазух у населения Ташкента и его регионов при перепадах температур в весенний и осенний периоды.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева С. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе // Рос. оторинолар. – 2006. – № 3 (22). – С. 33–37.
2. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов [и др.]. Коллекция «Совершенно секретно». – М., 2003. – 203 с.
3. Захарова Г. П., Янов Ю. К., Шабалин В. В. Мукоцилиарная система верхних дыхательных путей. – СПб.: Диалог, 2010. – 358 с.
4. Извин А. И. Экологическая обстановка в Тюменской области и ее влияние на ЛОР-заболеваемость // Новости оторинолар. и логопатол. – 1999. – № 2 (18). – С. 69–70.

**Ашуров Азимжон Мирзажонович** – ассистент каф. отоларингологии ТашИУВ. Узбекистан, 100007, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51; тел.: +99871-268-17-44, +99891-166-66-96; e-mail: azim-1960@mail.ru

УДК: 616.211-006.3-089.849.19

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КОНТАКТНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНИКИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РИНОФИМЫ

С. В. Баранская<sup>1</sup>, Н. С. Казанчева<sup>2</sup>

## THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE CONTACT LASER TECHNOLOGY IN THE SURGICAL TREATMENT OF RHINOPHYMA

S. V. Baranskaya, N. S. Kazancheva

<sup>1</sup> ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко )

<sup>2</sup> МУЗ «Центральная городская клиническая больница», Калининград  
(Главный врач – засл. врач РФ Т. Н. Серых)

В статье приведен случай успешного лечения ринофимы с применением контактной лазерной техники. Данный метод позволяет проводить оперативное вмешательство с минимальной кровопотерей и хорошими отдаленными результатами. Полупроводниковый лазер может с успехом применяться для хирургического лечения ринофимы.

**Ключевые слова:** ринофима, лазерная хирургия.

**Библиография:** 13 источников.

The article describes the case of a successful treatment of rhinophyma with the use of contact laser technology. This method allows to carry out surgical intervention with minimal blood loss and good remote results. Semiconductor laser can be successfully used for surgical treatment of rhinophyma.

**Key words:** rhinophyma, laser surgery.

**Bibliography:** 13 sources.

Термин «ринофима» впервые введен в обиход в 1881 г. известным австрийским дерматологом Фердинандом Геброй и переводится с греческого

языка как «нарост» [2]. Заболевание встречается чаще у мужчин в возрасте старше 40 лет и характеризуется образованием воспалительных узлов,



инфильтратов и опухолевидных разрастаний за счет прогрессирующей гиперплазии соединительной ткани и сальных желез, а также стойким расширением сосудов вследствие хронического воспаления [7, 8, 10, 12, 13].

Возникновение ринофимы обусловлено конституциональной ангиопатией, нейровегетативными расстройствами, эмоциональными стрессами, нарушением гормонального равновесия, фокальной инфекцией, дисфункцией желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит, хронический холецистит). Предрасполагающими факторами к развитию заболевания являются прием внутрь возбуждающих средств, особенно алкоголя, горячей пищи, действие на кожу высоких и низких температур, солнечных лучей, паразитирование клеща *Demodex folliculorum* [1, 7, 11].

Различают фиброзно-ангиэктатическую и железистую формы ринофимы. При первой из них нос равномерно увеличивается, но не теряет своей конфигурации. Его поверхность за счет пролиферации сосудов становится ярко-красной. При железистой форме ринофимы в области кончика носа и его крыльев образуются три бугристых клубнеобразных узла, которые в дальнейшем сливаются. При надавливании на узлы ринофимы из расширенных устьев сальных желез выдавливается зловонное содержимое [1, 3]. Хрящи обычно интактны, но иногда они истончаются или утолщаются. Рост ринофимы медленный, иногда длящийся десятилетия. Носовое дыхание, как правило, не нарушается [4, 9].

При хирургическом лечении ринофимы применяется множество методов тканевой деструкции. Предлагаются различные способы хирургического иссечения гипертрофированных тканей, основными из которых являются: холодные инструменты, коблатор, полупроводниковый лазер [8].

Применение контактной лазерной техники имеет ряд преимуществ, включающих:

- малую инвазивность;
- безболезненность;
- отсутствие послеоперационных реактивных явлений;
- хороший гемостаз;
- стерилизующее действие лазерного излучения.

Использование лазерных методов позволяет резко снизить послеоперационный отек, избежать нежелательных последствий и сократить время пребывания больного в операционной [5, 6].

Мы представляем вашему вниманию случай успешного лечения ринофимы с применением полупроводникового лазера.

*Пациент Ш. 44 лет, поступил в клинику оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета*

*им. И.П. Павлова 11.05.2012 г. с диагнозом ринофима. Жалобы на момент поступления на деформацию носа. Со слов пациента, образование наружного носа возникло и стало постепенно развиваться в течение последних 5 лет. Несмотря на значительные размеры, больной не придавал новообразованию большого значения и обратился в клинику лишь после настойчивых просьб родственников.*

*При осмотре: нос значительно увеличен в размерах, деформирован за счет бугристых разрастаний синюшно-красного цвета мягкой консистенции. На поверхности кожи имеются расширенные устья сальных желез, многочисленные ветвистые темно-красные телеангиэктазии, а также полушаровидные розово-красные папулы диаметром 0,2–0,3 см (рис. 1). Носовое дыхание умеренно затруднено. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено, органы грудной и брюшной полости были в пределах возрастной нормы. Анализы крови и мочи без особенностей. На основании данных анамнеза и клинической картины больному поставлен диагноз ринофима.*

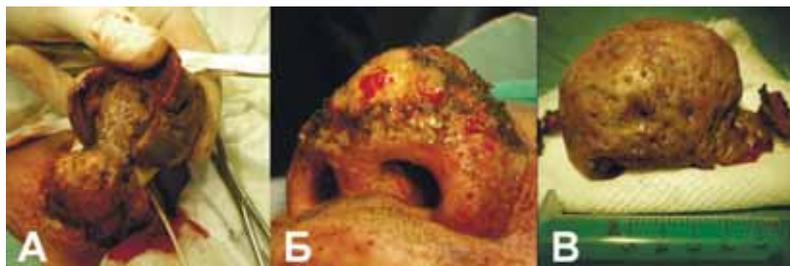
*Учитывая размеры новообразования, высокую вероятность интраоперационного кровотечения при использовании холодных инструментов, было принято решение об иссечении ринофимы при помощи полупроводникового лазера.*

*Ход операции. В условиях эндотрахеального наркоза полупроводниковым лазером «Аткус» на мощности 8 Вт произведено поэтапное иссечение новообразования наружного носа (рис. 2). Иссечение производилось в пределах здоровых тканей по направлению от периферии к центру (рис. 2, А). Интраоперационное кровотечение было минимальным. В конце операции была сформирована физиологическая форма носа (рис. 2, Б). Материал отправлен на гистологическое исследование (рис. 2, В).*

*Поры сальных желез при этом заболевании располагаются глубоко в дерме, поэтому даже при столь обширных и глубоких иссечениях сохраняющиеся зоны роста, дают хорошую эпителизацию раневой поверхности.*



**Рис. 1.** Пациент Ш. Диагноз – ринофима: А – определяется объемное образование наружного носа; Б – образование носа, вид сбоку.



**Рис. 2.** Этапы удаления ринофимы: А – от кончика носа отделен фрагмент на ножке; Б – картина наружного носа к концу операции; В – удаленное образование.



**Рис. 3.** Осмотр спустя 4 месяца после операции: А – фас; Б – профиль.

*В послеоперационном периоде заживление тканей происходило под струпом. Реактивные воспалительные изменения были минимальными. На*

*10-е сутки после операции пациент был выписан на амбулаторное лечение. Даны рекомендации.*

*При повторном осмотре, через 4 месяца после операции, отмечается эпителизация раневой поверхности телесного цвета, признаков продолженного роста не наблюдается (рис. 3). Пациент отметил улучшение социальной составляющей жизни, получил возможность появляться в обществе без маски.*

Представленный вашему вниманию клинический случай демонстрирует хорошие результаты применения полупроводникового лазера в хирургическом лечении ринофимы. Однако следует помнить, что формирующаяся посредством лазерного излучения зона некроза претерпевает окончательные изменения лишь в отдаленном послеоперационном периоде, что обуславливает сложность прогнозирования результатов придания правильной формы мягким тканям носа.

### Вывод

Применение полупроводникового лазера в сочетании с опытом хирурга обеспечивают эффективную реконструкцию мягких тканей носа с минимальной кровопотерей и хорошим отдаленным результатом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Кожные и венерические заболевания: учеб. / С. Т. Павлов; под ред. О. К. Шапошникова. – М.: Медицина, 1985. – 368 с.
2. Лебедевский Б. Н. Ринофима: многотомное руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1963. – Т. 3. – С. 35–36.
3. Лихачев А. Г. Ринофима: справ. по оториноларингологии. – М., 1981. – С. 117–118.
4. Мануйлов А. Ринофима. БМЭ. 3-е изд. – М., 1984. – Т. 22. – С. 306–307.
5. Плужников М. С., Карпищенко С. А., Рябова М. А. Возможности лазерной хирургии в оториноларингологии // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 4. – С. 18–28.
6. Полупроводниковый лазер «Аткус-15» в хирургии глотки и гортани / М. С. Плужников [и др.]: пособие для врачей / Под ред. проф. Н. Н. Петрищева. – СПб., 2002. – С. 26–29.
7. Потехаев Н. Н. Розацеа. – СПб.: Невский диалект, 2000. – 144 с.
8. Ринофима, излеченная при помощи холодноплазменного хирургического аппарата Коблатор / Д. М. Мустафаев [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2008. – № 1. – С. 72–73.
9. Сынебогов С. В. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования носа и околоносовых пазух: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1998. – 18 с.
10. A study of the pathogenesis of rosacea: how angiogenesis and mast cells may participate in a complex multifactorial process / K. Aroni [et al.] // Arch. Dermatol. Res. – 2008. – Vol. 300 (3). – P. 125–131.
11. Borrie P. The state of the blood vessels of the face in rosacea // J. Dermatol. 1955. – N 65. – P. 73–75.
12. Plewig G., Kligman A. M. Akne und Rosazea. Berlin: Springer, 1994.
13. Wiener D. R. Rhynophyma // Clin. Plast. Surg. – 1987. – N 14. – P. 357–365.

**Баранская** Светлана Валерьевна – врач-интерн каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва-Толстого, д. 6/8; тел.: 8-911-767-90-71, e-mail: sv-v-b@yandex.ru  
**Казанчева** Наталья Николаевна – врач-оториноларинголог Центральной городской клинической больницы. 236000, Калининград, ул. Летняя, д. 3–5, тел. 8-921-107-98-08, e-mail: natta1987@mail.ru