

# Нестандартная клиническая ситуация в ринохирургии и пути ее решения

Петросян К.А., Антонян П.А., Катаян Ш.О., Хачатрян З.Р.

Кафедра пластической и реконструктивной хирургии, Национальный институт здравоохранения им. акад. С.Х. Авдалбеяна, Ереван, Армения

## АБСТРАКТ

Ринофима является наиболее частой причиной, вызывающей увеличение и обезображивание наружного носа. Это выраженный косметический дефект приводящий к нестандартной клинической ситуации и повторным операциям. В статье описан клинический случай хирургического лечения пациента (по Mohs) с гигантской ринофимой с последующим закрытием образовавшегося дефекта с помощью нестандартного парамедианного транспозиционного

лобного кожно-фасциального лоскута. Данное клиническое наблюдение является показательным примером использования классических и «нестандартных» методов и приемов пластической хирургии для лечения больших дефектов кожи и мягких тканей лица и восстановления всех важнейших функций внутреннего и внешнего носа.

**Ключевые слова:** гигантская ринофима, ротационный кожно-фасциальный лобный лоскут, реконструкция носа

## ВВЕДЕНИЕ

Сложные и нестандартные клинические ситуации в ринологии могут быть обусловлены как врожденными деформациями носа, генетически или интранатально травматическими, так и приобретенными. В настоящее время известно около 110 синдромов, одним из симптомов которых является деформация наружного носа в основном связанная с недоразвитием костных и хрящевых элементов носа и нарушениями анатомического строения и формы носа [1-3]. Аномальные формы носа встречаются, в частности, при синдроме Крузона, черепно-лицевом дизостозе, глазо-зубо-пальцевом синдроме, акроцефалосиндакталии, при гипоплазии носа и крыльев носа, вследствие фронтоназальных дисплазий и т.д. Укорочение носа с вы-

вернутыми ноздрями наблюдается при акродизостозе, гипертелоризме с аномалией пищевода, синдромах Корнелии де Ланге и Робинова. Из-за вторичного щелевого дефекта носа, по общепринятому мнению, происходит одностороннее недоразвитие околоносового скелета, кожи и хрящей [4,5].

Причинами образования приобретенных дефектов и деформаций области лица и, в частности, наружного носа могут быть комбинированные и обширные травматические повреждения, огнестрельные ранения, рубцовые деформации, возникающие вследствие глубоких ожогов, дефекты, возникающие после удаления доброкачественных и злокачественных новообразований [3].

Однако наиболее частой причиной, вызывающей увеличение и обезображивание наружного

\* Автор-корреспондент: к.м.н. Карен Арамович Петросян. Заведующий кафедрой пластической и реконструктивной хирургии НИЗ МЗ РА. Эл.-почта: dr-petrosyan@yandex.ru  
DOI:10.54235/27382737-2021.1.1-52. Published online: 21 September 2021

носа, выраженный косметический дефект и приводящей к нестандартной клинической ситуации и повторным операциям является ринофима. Заболевание было впервые описано еще в Древней Греции. В 1845 году немецкий дерматолог фон Хебра придумал слово «ринофима» (от греч. rhinos – нос и rhyma – нарост, опухоль). Ринофима – это хроническое воспалительное заболевание кожи носа, ведущее к гипертрофии всех ее элементов – соединительной ткани, сальных желез и кровеносных сосудов и, в конечном счете, – это эпителиально-сосудисто-железистая опухоль. Однако в последнее время в базальных клетках тканей ринофимы обнаружены элементы карциноматозного характера, что кроме косметического дефекта и выраженных нарушений дыхательной функции носа является прямым показанием к хирургическому лечению ринофимы [6,7].

Этиология заболевания не выяснена, однако считается, что ринофима является следствием кожного заболевания демодекоза или последней стадией розовых угрей – розацеи, вызванной микроскопическим клещом демодексом. При отсутствии в анамнезе предшествующих стадий розацеи ринофима рассматривается как отдельная нозологическая форма. Основными клиническими характеристиками ринофимы являются увеличение и обезображивание наружного носа. Различают четыре разновидности ринофимы: фиброзно-ангиоматозная, glandулярная (железистая), фиброзная и ангиэктатическая (бугристая) формы. При первой форме из-за равномерной гипертрофии всех элементов кожи нос постепенно увеличивается, но не утрачивает своей основной формы, однако в связи с развитием сосудистой сети он приобретает пунцовую окраску ("малиновый нос"). Бугристая форма начинается появлением на кончике носа и на его крыльях по одному бугристому образованию, которые увеличиваются и сливаются, достигая значительных размеров, свисая вниз, и помимо обезображивающего действия и косметического дефекта затрудняют дыхание через нос, причиняя значительные неудобства при приеме пищи, а также при бритье. Тем самым заболевание оказывает значительное психологическое воздействие на пациента, вызывая у него социальную и личностную дезадаптацию, межличностные и производственные трудности [2,8].

Ринофима имеет мягкую консистенцию, узлы покрыты выделениями сальных желез, цвет их варьирует от нормального и желтого до красного и синюшного. Хрящи носа при этом иногда

истончаются или утолщаются, но в большинстве случаев не изменяются [9,10].

Ринофима чаще всего возникает у мужчин в возрасте 40-50 лет, у женщин – крайне редко. Факторами риска являются неблагоприятные экологические условия, профессиональные вредности, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, алкоголизм, злоупотребление острой пищей, эндокринные и аутоиммунные заболевания, химиотерапия. Клиническое течение характеризуется медленным, многолетним, развитием, которое под влиянием какого либо эндогенного или экзогенного фактора приобретает острое течение и быстро прогрессирует [11].

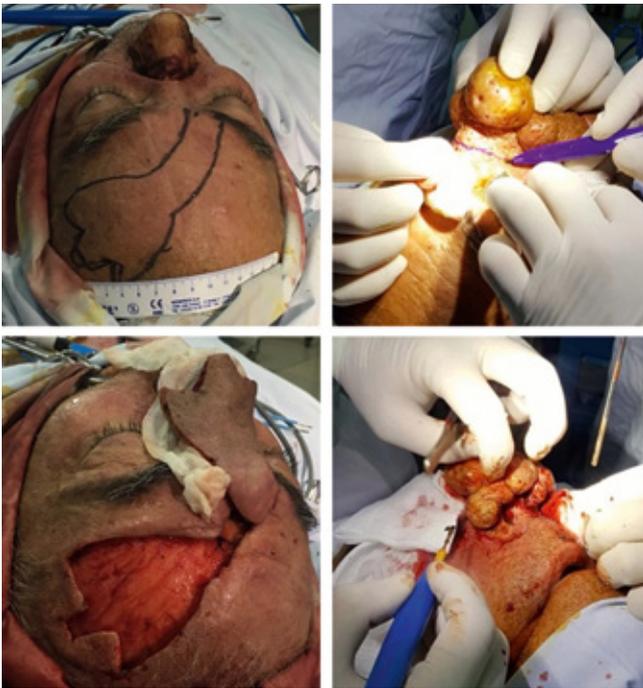
### ПРЕДСТАВЛЯЕМ СОБСТВЕННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Мужчина 62-х лет обратился в клинику с жалобами на наличие безболезненного, мягкого, но плотного образования в области носа, которое затрудняло дыхание через обе ноздри и прием пищи. Из анамнеза выяснилось, что деформация наружного носа стала развиваться постепенно, в течение 15-20 лет, однако пациент не придавал значения образованию, вызывающему деформацию и захватывающему преимущественно кончик носа и обратился к врачам лишь после затруднения носового дыхания и приема пищи.

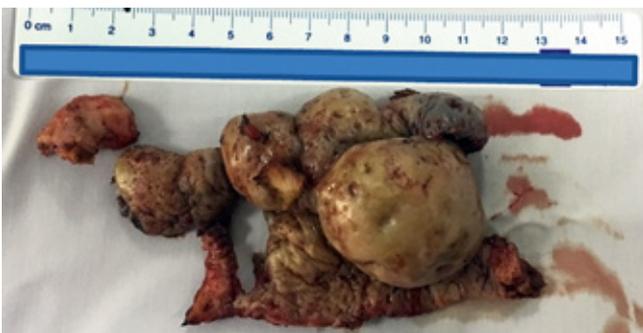
При осмотре наружный нос был значительно увеличен в размерах и деформирован, конфигурация лица была изменена. Определялось бугристое, безболезненное образование в области кончика носа, неправильной формы, состоящее из слившихся воедино нескольких бугристых разрастаний, мягко-эластичной консистенции, синюшно-красного цвета. Спереди образование доходило до верхней губы и несколько выходило за пределы носогубного треугольника. На поверхности образования определялись многочисленные ветвистые темно-красные телеангиэктазии, расширенные устья сальных желез, а также полушаровидные розово-красные папулы диаметром 0,2-0,3 см. При передней риноскопии слизистая оболочка обеих половин носовой полости были отечны, инфильтрированы, без выделений в носовых проходах и с резким затруднением носового дыхания. Больной был также консультирован неврологом, окулистом и челюстно-лицевым хирургом. Очаговой, менингеальной симптоматики и другой патологии не выявлено. Лабораторные показатели крови и мочи были в пределах возрастной нормы.



**Рис. 1.** Внешний вид пациента с ринофимой до операции.



**Рис. 2.** Этапы хирургического удаления новообразования.



**Рис. 3.** Макропрепарат удаленного новообразования.



**Рис. 4.** Внешний вид пациента на 7-е сутки после операции.



**Рис. 5.** Внешний вид пациента через год после удаления гигантской ринофимы и корректирующих операций.

Исходя из клинической картины и анамнеза больному был поставлен первичный клинический диагноз: гигантская ринофима (Рис. 1).

После получения письменного согласия пациента, под общей анестезией было произведено хирургическое удаление ринофимы с помощью коагуляционного ножа, были радикально и послойно удалены образования со снятием всего слоя кожи до костно-хрящевого остова носа (Рис. 2). Было принято решение о закрытии образовавшегося дефекта (по Mohs) с помощью нестандартного парамедианного транспозиционного лобного кожно-фасциального лоскута на основе надблоковой артерии справа (ширина ножки 1,0-1,5 см, длина – 21,0 см). Был сделан бумажный шаблон дефекта, на основе которого и выкроен данный "индийский" лоскут. Хрящевые структуры внутреннего носа (перегородка носа, крылья) были восстановлены и армированы с помощью хрящевых аутоотрансплантатов взятых из 8-го аутореберного хряща. Кровотечение во время операции было минимальным и составило 30 мл.

Макроскопически удаленное новообразование бугристое, красновато-синюшного цвета, мягкоэластической консистенции, размерами

12,0×6,0×5,5 см (Рис. 3). Гистологическая картина соответствовала фиброзно-ангиоматозной разновидности ринофимы.

Однако, в раннем послеоперационном периоде (на 2-ые сутки) у больного развилась клиническая картина венозной декомпрессии лобного лоскута, в результате чего образовались обширные краевые некрозы лоскута. Раны зажили вторичным натяжением (Рис. 4).

После появилась необходимость в проведении повторных корректирующих операций (в количестве 4) под местной-инфильтрационной анестезией с использованием местных транспозиционных и кожных свободных лоскутов. Через год после операции был получен приемлемый косметический результат с функциональным улучшением – пациент свободно дышал через нос (Рис. 5).

## ВЫВОДЫ

Данное нестандартное клиническое наблюдение представляет собой наглядный пример использования и комбинирования различных классических и нестандартных хирургических приемов и техник для успешного лечения гигантской ринофимы, с восстановлением всех важнейших функций внутреннего и внешнего носа.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Бабяк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Оториноларингология. Руководство в 2-х томах. СПб: Питер. 2009. Том 1:390.
2. Короткова Н.Л., Иванов С.Ю. Хирургическая тактика лечения больных с последствиями ожогов лица. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2012;4:10-17.
3. Шатохина С.Н., Чумаков Ф.И., Дерюгина О.В. О ринофиме и ее цитологических особенностях. Вестник оториноларингологии. 1999;3:50-51.
4. Белоусов А.Е. Функциональная ринопластика. СПб: Политехнический университет. 2010.
5. Огородников Д.С. Ринофима. Оториноларингология: национальное руководство. Под ред. В.Т. Пальчуна. М: ГЭОТАР-Медиа. 2008.
6. Вербо Е.В., Неробеев А.И., Захаров В.В., Сомова М.М. Сфера применения лучевого лоскута в реконструкции тканей лица. Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. 2006;3:12-24.
7. Мустафаев Д.М., Свистушкин В.М. Ринофима гигантского размера. Вестник оториноларингологии. 2011;2:68-69.
8. Huizing E.H., Orsel S., Enaux M., Bories F. Functional reconstructive nasal surgery. Thieme. 2003:238-245.
9. Чиссов В.И. Онкология. Клинические рекомендации. Под ред. В.И. Чиссова. М: ГЭОТАР-Медиа. 2006.
10. Akhdari N., Ettalbi S., Rachid M., Amal S. Rhinophyma: a giant presentation. Clin Exp Dermatol. 2009;34(4):536-537
11. Эзрохин В.М. Хирургическое лечение дефектов и деформаций носа. Ю.Н. Сергеев, О.З. Топольницкий и др., М: ГЭОТАР-Медиа. 2015:26-49.

## Non-standard clinical situation in rhinosurgery and ways to solve it

Petrosyan K.A., Antonyan P.A., Katayan Sh.H., Khachatryan Z.R.

Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Avdalbekyan National Institute of Health, Yerevan, Armenia

### ABSTRACT

The most common cause of the enlargement and disfigurement of the external nose leading to a remarkable cosmetic defect and to a non-standard clinical situation (including repeated operations) is rhinophyma. A clinical

case of a patient with a giant rhinophyma who underwent surgical treatment (according to Mohs) is described in the article. Operation resulted in a closure of the defect using a non-standard paramedian transpositional frontal skin-fascial flap. This clinical observation is an illustrative example of classical and non-standard methods and techniques of plastic surgery used for the treatment of patients with large skin and soft tissue defects on the face and the restoration of all the important internal and external nose functions.

**Keywords:** giant rhinophyma, rotational frontal skin-fascial flap, nose reconstruction

## Ոչ ստանդարտ կլինիկական իրավիճակ քթի վիրաբուժության մեջ և դրա լուծման ուղիները

Պետրոսյան Կ.Ա., Անտոնյան Պ.Ա., Կատայան Շ.Հ., Խաչատրյան Զ.Ռ.

Պլաստիկ և վերակառուցողական վիրաբուժության ամբիոն, ՀՀ ԱՆ Ակադ. Ս.Խ. Ավդալբեկյանի անվան առողջապահության ազգային ինստիտուտ, Երևան, Հայաստան

### ԱՄՓՈՓԱԳԻՐ

Ռինոֆիման արտաքին քթի խոշորացման և տծևացման ամենատարածված պատճառն է, որը կարող է հանգեցնել արտահայտված կոսմետիկ դեֆեկտի և կրկնակի վիրահատություններ պահանջող ոչ ստան-

դարտ կլինիկական իրավիճակի: Հոդվածում նկարագրված է հսկա ռինոֆիմայի կլինիկական դեպք, որը ենթարկվել է վիրաբուժական հատման (ըստ Մոհսի), ինչին հաջորդել է առաջացած դեֆեկտի փակում ոչ ստանդարտ տրանսպոզիցիոն պարամեդիալ ճակատային մաշկափակեղային լաթով: Այս կլինիկական դիտարկումը պլաստիկ վիրաբուժության դասական և ոչ ստանդարտ մեթոդների ու տեխնիկաների կիրառման պատկերավոր օրինակ է, որոնք օգտագործվում են դեմքի մաշկի և փափուկ հյուսվածքների մեծ դեֆեկտներով հիվանդների բուժման և քթի ներքին ու արտաքին բոլոր կարևոր գործառույթների վերականգնման համար:

**Հիմնաբառեր.** հսկա ռինոֆիմա, ռոտացիոն մաշկափակեղային ճակատային լաթ, քթի վերականգնում