

РИНОФИМА

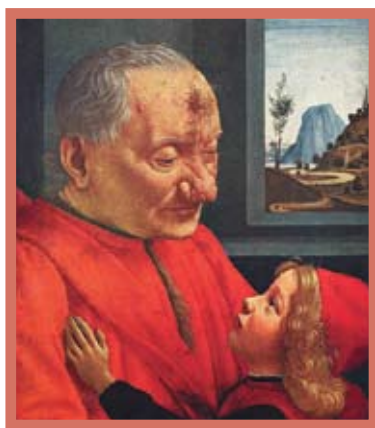
Г.В. Гордеева, канд. мед. наук, **Е.В. Гущина**

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: ekaterina.gushchina@gmail.com

Статья посвящена проблеме такого осложнения розацеа (розовые угри), как ринофима. Рассмотрены этиопатогенез, клинические стадии течения заболевания, принципы лечения.

Ключевые слова: розацеа, розовые угри, ринофима, классификация, клинические стадии.



«Нос пьяницы», «винный нос», «шишковидный нос» в медицине принято обозначать специальным термином «ринофима». Это слово произошло от греческого слова «rhinos» – нос, «rhyma» – опухоль или нарост. Ринофима – доброкачественное

опухолевидное образование кожи носа, характеризующееся разрастанием соединительной ткани, кровеносных сосудов и сальных желез, что в конечном счете приводит к обезображиванию формы носа [2, 7].

Причины заболевания до конца не выяснены, однако считается, что ринофима является III стадией розовых угрей (розацеа). Некоторые авторы придают большое значение в развитии ринофимы хроническому алкоголизму.

По данным разных источников, данная патология встречается на 3–4-м десятилетии жизни и достигает расцвета в возрасте 40–50 лет [1]. Если розацеа чаще страдают женщины (в 60% случаях), то гиперплазия соединительной ткани и сальных желез, приводящие к ринофиме, наблюдаются исключительно у мужчин. Розацеа встречается у представителей всех рас, но преимущественно – у светлокожих, у чернокожих жителей Африки и Америки – очень редко. Эпидемиологические исследования в Северной Америке показали, что розацеа болеют от 5 до 7% населения. В скандинавских странах эта цифра достигает 10%, в Германии – 7%. Англичане называют розацеа «приливами кельтов» [3, 4, 8]. У ирландцев чаще встречаются более выраженные формы заболевания. На

территории бывшего СССР ринофима чаще встречается в западной Украине [1].

Факторами, предрасполагающими к развитию данной патологии, являются неблагоприятные условия окружающей среды: запыленность и повышенная влажность воздуха, резкая смена температуры (работа в горячих цехах, на открытом воздухе), частые охлаждения, посещение горячих саун. Прямой связи между ринофимой и хроническим алкоголизмом не отмечено, но какая-то связь все-таки существует, поскольку с алкоголизмом сочетаются заболевания различных органов и систем.

Факторами, провоцирующими развитие ринофимы, являются [4]: активное размножение клеща *Demodex folliculorum* в сальных железах кожи лица с развитием демодекоза; нарушения нейроэндокринной регуляции (например, вегетососудистая дистония), приводящие к ангионеврозам с недостаточностью периферического кровообращения вследствие рефлекторного спазма артериол и снижения тонуса венул; заболевания желудочно-кишечного тракта (особенно часто – гастриты, язвенная болезнь, дискинезия желчевыводящих путей, хронический панкреатит, энтероколиты, запоры); особенности питания – преобладание в рационе копченых, перченых продуктов, углеводов; гормональные нарушения (например, заболевания щитовидной железы, овариальная и гипопитарная недостаточность, климактерический период).

Клиническое течение

В течение многих лет пациенту могут ставить диагноз розацеа, периорального дерматита, угревой сыпи.

Розацеа (rosacea, розовые угри, акне розовые) – неинфекционное, хроническое воспалительное заболевание кожи лица, поражающее людей преимущественно зрелого возраста. Розацеа характеризуется прогрессирующим течением, частым покраснением, стойкой эритемой, телеангиэктазиями, с эпизодами воспаления, появлением папул, пустул, редко – узлов, устойчивостью к терапии. На разных стадиях клинического течения в более тяжелых случаях через много лет может развиваться уродующая гипертрофия, особенно в области носа – ринофима [6].

Особенностью течения заболевания является поражение центральной зоны лица, что связано с макси-

мальной подверженностью этой области различным внешним воздействиям, интенсивной васкуляризацией, высокой чувствительностью рецепторов, неактивной мускулатурой и функциональными нарушениями венозного оттока.

В клиническом течении розовых угрей различают следующие стадии: прерозацеа (розацеа-диатез); сосудистую розацеа; воспалительную розацеа; позднюю розацеа [8].

Прерозацеа (розацеа-диатез)

Розацеа, как правило, начинается с ливидной приливной эритемы, причиной возникновения которой могут быть механическое раздражение кожи, инсоляция, температурные колебания, употребление горячих напитков, острой пищи, алкоголя и т.д. Поначалу эритема сохраняется на протяжении нескольких минут – нескольких часов, сопровождается ощущением жара и тепла и затем бесследно исчезает, но вскоре под влиянием провоцирующих факторов появляется вновь. Ее локализация чаще ограничивается областью носогубного треугольника. С подобными частыми рецидивами, сменяющимися ремиссиями, процесс может продолжаться многие месяцы и годы.

В дальнейшем появляются стойкие телеангиэктазии (сосудистая розацеа). Эритема становится более стойкой, насыщенной, с синюшным оттенком, нередко переходит на медиальные части щек, лоб и подбородок.

Воспалительная розацеа

Позже на фоне диффузного утолщения пораженной кожи возникают изолированные или сгруппированные воспалительные розово-красные папулы, часто покрытые небольшими чешуйками. Папулы способны сохраняться в течение многих дней или недель, а в основании наиболее крупных папулезных элементов наблюдается выраженная инфильтрация. При отсутствии лечения или при неадекватной терапии наружными средствами (стероидные кремы и мази) в центре большинства узелков образуются пустулезные элементы со стерильным содержимым. Поражение распространяется с центральной области лица на кожу лба (до границы роста волос), заушные области, переднюю поверхность шеи до области грудины.

Поздняя розацеа

Со временем вследствие хронического прогрессирующего течения на лице появляются воспалительные узлы, и в течение нескольких лет наблюдается медленная деформация формы носа: он становится бугристым, сине-багровым или темно-красным, иногда даже фиолетовым, асимметричным; на фоне застойно-синюшной эритемы располагаются многочисленные крупные телеангиэктазии. Секреция сальных желез резко повышается. При надавливании из устьев

фолликулов высвобождается беловатый пастообразный секрет. Чрезмерно большие узлы в области носа часто причиняют психологический дискомфорт пациентам, мешают приему пищи, процессу бритья, затрудняют дыхание.

При всех клинических формах розацеа в устьях фолликулов и выводных протоках сальных желез могут обнаруживаться клещи *demodex folliculorum* и их личинки [8, 9].

Чаще всего возбудитель обнаруживается в папулопустулезную стадию, что свидетельствует об особой роли клеща в патогенезе данной фазы заболевания.

Если в анамнезе больного ринофимой нет розацеа или розовых угрей, тогда она рассматривается как отдельное заболевание.

Различают 4 разновидности ринофимы: glandулярную (железистую), фиброзную, фиброзно-ангиоматозную, актиническую [8].

1. Железистая (гландулярная) форма проявляется бугристыми или гроздьевидными мягкими образованиями синюшно-красного цвета с блестящей сальной поверхностью и большим количеством расширенных сосудов и сальных желез, из устьев которых при надавливании выделяется кожное сало. Разрастания кожи при данной форме могут достигать огромных размеров, закрывая ноздри и рот, затрудняя дыхание, прием пищи и обезображивая лицо.

2. Фиброзная форма ринофимы характеризуется гладкой поверхностью носа, гипертрофированностью тканей, уплотнением кожи в очагах поражения. Цвет очагов поражения приобретает красно-фиолетовый оттенок из-за пролиферации кровеносных сосудов.

3. Фиброзно-ангиоматозная форма характеризуется различной интенсивности медно-красного или багряно-красного цвета носа. Нос увеличивается, на его поверхности выступают крупные эктазированные вены. В отличие от фиброзной стадии при данной форме ринофимы можно увидеть большое количество поверхностных и более глубоких пустул. Содержимое пустул ссыхается в кровянисто-гнойные корочки. Больные предъявляют жалобы на парестезии, зуд и болезненность.

4. Актиническая ринофима характеризуется равномерным умеренным увеличением носа с выступающими узловатыми скоплениями эластичной ткани; очаг постепенно приобретает буровато-синюшную окраску.

Актиническая форма отмечается преимущественно у лиц, перенесших фототравму кожи в области лица, а также у лиц, которые легко обгорают и редко приобретают загар.

В клиническом течении данного состояния встречаются также «фимы» (шишки) других локализаций: гнатофима (с изменением формы подбородка), метафима (область лба, надпереносья), отофима (в области мочки уха), блефарофима (изменения в области век) [3].

Диагноз «ринофима» обычно ставят по данным визуального осмотра пациента, истории развития болезни и анамнеза жизни. При надавливании из губоко втянутых устьев сальных желез выделяется белый пастообразный секрет [5]. Микроскопия отделяемого секрета выявляет в большом количестве эпителиальные клетки, кожное сало, сапрофитную микрофлору; патогенную микрофлору, клещи типа demodex могут присутствовать не всегда.

Несмотря на яркие и специфические клинические проявления ринофимы, ее следует дифференцировать с туберкулезной волчанкой, Т-клеточной лимфомой кожи, саркоидозом [2]. Дополнительное обследование – биопсия тканей с последующим гистологическим анализом, рентгенологическое исследование, микроскопия на обнаружение палочек Коха, demodex – помогает исключить или подтвердить диагноз.

Осложнением болезни считается озлокачествление ринофимы.

Лечение

Лечение ринофимы – только оперативное с применением разных вариантов ее удаления. Операция проводится под местной анестезией.

Удаление ринофимы начинают с неизменной здоровой кожи. Хирург формирует надлежащую форму носа, его контур, срезая гипертрофированную кожу до тканей, не содержащих выстилки желез, которые и создают спонтанное разрастание эпителия. При обширности процесса в большинстве случаев требуется удалить поврежденную кожу на всей поверхности носа [5].

Основные способы хирургического формирования контура носа: с помощью скальпеля; эксцизия лазером; криохирургия; дермабразия; деструкция ультразвуком; электрокоагуляция; радиохрургия [1, 7].

Наилучший результат дает радиоволновая хирургия – бесконтактный способ удаления с одновременной коагуляцией ткани. Она делает возможным очень аккуратное удаление ткани с превосходным косметическим результатом. Такой эффект обусловлен тем, что при прохождении радиоволн через ткани, происходит генерирование энергии высокой частоты, что и ведет к фактическому испарению клеток. Поскольку радиоволновой скальпель не накаливается, термическое повреждение тканей исключено.

Точность и дозированность воздействия при радиоволновом вмешательстве позволяют удалять лишь те клеточные массы новообразований, которые должны быть удалены, соседние же ткани практически не повреждаются; сосуды моментально коагулируются, что сводит на нет возможную кровопотерю. Ткани не обугливаются, а эпителизация (заживление)

происходит в 2 раза быстрее, чем при использовании других методов. Болевой синдром, как во время операции, так и в послеоперационном периоде отсутствует [7]. Повязка не требуется. Раневая поверхность обрабатывается мазями, ускоряющими восстановление кожного покрова. Эпителизация наступает на 3–5-й день, а полная эпидермизация – через 2–3 нед.

Формируется гладкая, без рубцов, поверхность кожи носа. В целом заживление происходит достаточно быстро и с хорошим эстетическим результатом.

Профилактика

Специфической профилактики ринофимы нет, но своевременное лечение розовых угрей и розацеа снижают риск возникновения ринофимы [5, 6]. После хирургического лечения пациентам следует избегать резких перепадов температур, пересмотреть режим питания и, если требуется, сменить характер и место работы.

Литература

1. Адаскевич, В.П. Акне вульгарные и розовые: иллюстрированное руководство. – М.: Медицинская книга, 2005. – 220 с.
2. Кожные и венерические болезни: справочник / Под ред. О.Л. Иванова. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.
3. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей в 4 т. Т.2. / Под ред. Ю.К. Скрипкина. – М.: Медицина, 1995. – 544 с.
4. Курдина М.И. Розацеа (Ч. 1. Этиология, патогенез, клиника) // Эстетическая мед. – 2004; 3 (4): 366–372.
5. Курдина М.И. Розацеа (Ч. 2. Этиология, патогенез, клиника) // Эстетическая мед. – 2004; 4 (1): 62–67.
6. Курдина М.И. Азалеиновая кислота (скинорен) в терапии розацеа // Вестн. дерматол. венерол. – 2000; 1: 35–36.
7. Ринофима. Лечение. URL: <http://www.dr-sam.com.ua/medic/rhinophima.htm> (дата обращения: 12.12.2010).
8. Bonnar E., Eustace P., Powell F. The Demodex mite population in rosacea // J. Am. Acad. Dermatol. – 1993; 443–448.
9. Wiener D.R. Rhinophyma // Clin. Plast. Surg. – 1987; 14: 357–365.

RHINOPHYMA

G.V. Gordeyeva, Cand. Med. Sci.; E.V. Gushchina

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper deals with the problem of a complication of rosacea (acne rosacea) as rhinophyma. Emphasis is laid on the current aspects of the etiopathogenesis and clinical stages of acne rosacea, and on the principles of treatment for rhinophyma.

Key words: rosacea, acne rosacea, rhinophyma, classification, clinical stages.