

4. Пузанов Д. П., Половинкин В. В., Пузанова И. А., Зебелян Н. А. Современное состояние проблемы диагностики и лечения дивертикулярной болезни толстого кишечника (обзор подходов и методов). *Инновационная медицина Кубани*. 2017;6(2):54-59. [Puzanov D. P., Polovinkin V. V., Puzanova I. A., Zebelyan N. A. State-of-the-art: Diagnosis and treatment for large intestine diverticular disease (approaches and techniques review). *Innovatsionnaya meditsina Kubani*. – *Innovative Medicine of Kuban*. 2017;6(2):54-59. (In Russ.)].
5. Yamada E., Inamori M., Uchida E., Tanida E., Izumi M. [et al.]. Association between the location of diverticular disease and the irritable bowel syndrome: a multicenter study in Japan. *Am. J. Gastroenterol.* 2014;109:1900-1905. <https://doi.org/10.1038/ajg.2014.323>
6. Giuseppe N., Petrucciani N., Giannini G., Aurello P., Magistri P. [et al.]. Giant colonic diverticulum: Clinical presentation, diagnosis and treatment: Systematic review of 166 cases. *World J. Gastroenterol.* 2015;21(1):360-368. <https://doi.org/10.3748/wjg.v21.i1.360>
7. Hupfeld L., Burcharth J., Pommergaard H. C., Rosenberg J. The best Choice of Treatment for Acute Colonic Diverticulitis with Purulent Peritonitis is Uncertain. *BioMed Res. Internat.* 2014;3:4. <https://doi.org/10.1155/2014/380607>
8. Tursi A. The role of colonoscopy in managing diverticular disease of the colon. *J. gastrointestinal liver dis.* 2014;24(1):85-93. <https://doi.org/10.15403/jgld.2014.1121.tur>
9. Collins D., Winter D. C. Modern Concepts in Diverticular Disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2015;49(5):358-369. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000308>
10. Tursi A., Picchio M., Elisei W., Di Mario F., Scarpignato C. [et al.]. Current Management of Patients With Diverticulosis and Diverticular Disease: A Survey From the 2nd International Symposium on Diverticular Disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2016;1:97-100. <https://doi.org/10.1097/MCG.0000000000000645>

Поступила 29.08.2022

Сведения об авторах:

Горбунов Андрей Сергеевич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89031369141; e-mail: pilulkin1966@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7466-2838>

Ветшев Федор Петрович, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89161416750; e-mail: fedor_vethev@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6589-092X>

Ветшев Сергей Петрович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: (499)2487367; e-mail: vetshev@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1827-6764>

Лернер Юлия Владимировна, врач-патологоанатом, ассистент кафедры патологической анатомии им. А. И. Струкова; тел.: 89151624608; e-mail: julijalerner@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7070-5303>

Карпова Радмила Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89104351314; e-mail: radmila.71@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-0608-9846>

Петухова Наталья Васильевна, врач-хирург, аспирант кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89164581565; e-mail: Natalia_180594@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0001-6783-573X>

Русскова Ксения Сергеевна, аспирант кафедры факультетской хирургии № 1; тел.: 89050164054; e-mail: russkova.ksy@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-2150-7567>

Моматюк Дарья Викторовна, студентка; тел.: 89636452283; e-mail: dashkadashka200@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-4146-6619>

© Коллектив авторов, 2023
УДК 616.211-006.6-089.844
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18076>
ISSN – 2073-8137

ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЛАСТИКИ

Е. В. Журавель, Е. А. Мухортов, М. Г. Прокофьева

Краевой клинический онкологический диспансер, Ставрополь, Российская Федерация

EXPERIENCE OF ORGAN-SAVING TREATMENT OF LOCAL ADVANCED SKIN CANCER OF THE EXTERNAL NOSE USING VARIOUS TYPES OF PLASTY

Zhuravel E. V., Mukhortov E. A., Prokofieva M. G.

Regional Clinical Oncology Center, Stavropol, Russian Federation

Представлено два случая реконструктивных операций при базально-клеточном раке носа. Хирургическое лечение проведено в объеме широкого иссечения опухоли под микроскопическим контролем, что обеспечило максимальную чистоту краев резекции, а реконструктивно-пластическое пособие реализовано путем закрытия дефекта перемещенным лоскутом с сосудистой ножкой, обладающим наибольшим потенциалом к регенерации. Описанная тактика позволила сохранить естественные контуры лица, функции мимической мускулатуры с целью максимальной социальной адаптации пациента после лечения.

Ключевые слова: базально-клеточный рак, опухоли головы и шеи, реконструкция носа

Two cases of reconstructive operations for basal cell carcinoma of the nose are presented. Surgical treatment was carried out in the volume of a wide excision of the tumor under microscopic control, which ensured maximum purity of the resection edges, and reconstructive plastic surgery was implemented by closing the defect with a displaced flap with a vascular pedicle with the greatest potential for regeneration. The described tactics made it possible to preserve the natural contours of the face, the functions of facial muscles in order to maximize the social adaptation of the patient after treatment.

Keywords: basal cell carcinoma, head and neck tumors, nose reconstruction

Для цитирования: Журавель Е. В., Мухортов Е. А., Прокофьева М. Г. ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННОГО РАКА КОЖИ НАРУЖНОГО НОСА С ПРИМЕНЕНИЕМ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПЛАСТИКИ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2023;18(3):317-320. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18076>

For citation: Zhuravel E. V., Mukhortov E. A., Prokofieva M. G. EXPERIENCE OF ORGAN-SAVING TREATMENT OF LOCAL ADVANCED SKIN CANCER OF THE EXTERNAL NOSE USING VARIOUS TYPES OF PLASTY. *Medical News of North Caucasus*. 2023;18(3):317-320. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18076> (In Russ.)

Среди всех больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования лица доля опухолей кожи составляют около 13 %. Мужчины болеют чаще женщин в 1,2–2,5 раза [1, 2]. В Российской Федерации число заболевших увеличивается с возрастом и наибольшее количество заболевших отмечается в возрасте 70 лет и старше и в течение последнего десятилетия показатель заболеваемости на 100 тыс. населения колеблется от 41 до 57 человек. На лице чаще всего злокачественные опухоли локализируются на коже носа (30 %), век (20 %), щек (15 %). Почти в 10 % случаев наблюдается первично-множественный рак. В 60–80 % случаев на коже головы и шеи встречается базально-клеточный рак, плоскоклеточный рак наблюдается в 20–25 % случаев. Также в этой зоне встречается рак из потовых и сальных желез, который в большинстве случаев протекает крайне агрессивно [3].

Основным методом лечения рака кожи лица считается хирургический. Тем не менее достаточно часто выполняется лучевая и фотодинамическая терапия [4, 5]. Выбор метода лечения зависит от многих факторов, таких как распространенность процесса, локализация опухоли, возраст, сопутствующая патология. При выполнении хирургического лечения основная задача хирурга не только радикально удалить опухоль, но и сохранить функции мимической мускулатуры, получить хороший косметический результат [6, 7]. Приводим два собственных наблюдения успешного лечения больных с минимизацией косметического дефекта кожи лица.

Клиническое наблюдение 1.

Пациент С., 56 лет. Обратился с жалобами на образование в области носа. Больным себя считал около 6 месяцев. Не лечился, за медицинской помощью



Рис. 1. Пластика носа у пациента С.: А – этапы операции; Б – итоговый результат после операции и в отдаленном периоде

не обращался. В поликлинике выполнено цитологическое исследование новообразования: базально-клеточный рак.

Клиническая картина: на коже крыла носа расположено крупнобугристое образование розового цвета, занимающее крыло носа, размером до 2,5 см в диаметре, распространяющееся на кожу преддверия полости носа и слизистую крыла носа. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не пальпировались.

Учитывая распространение процесса на хрящи левого ската носа, было решено выполнить оперативное вмешательство в объеме резекции хрящевого отдела ската носа слева с иссечением опухоли мягких тканей наружного носа (рис. 1, А). После удаления опухолевого очага размеры дефекта крыла носа составили 2,0 см в диаметре (сквозной де-

фект), общий дефект мягких тканей ската носа составил 4,0 см в диаметре.

Пластику крыла носа выполнили с использованием перегородочного лоскута. Введением в подслизистый слой 0,9 % раствора натрия хлорида слизистая перегородки носа отслоена на всем протяжении хрящевой отделе со стороны дефекта. Произведен разрез слизистой оболочки перегородки носа со стороны дефекта от преддверия полости носа и по верхнему краю перегородки, не доходя на 0,5 см до костного отдела. Слизистая отведена латерально и временно уложена на дно полости носа. Слизистая перегородки носа справа отсечена от кожи преддверия полости носа. Хрящ перегородки носа в переднем отделе рассечен вместе со слизистой контралатеральной стороны по нижнему краю на протяжении 2,5 см и вертикально до спинки носа. Образовавшийся слизисто-хрящевой трансплантат отведен в сторону дефекта крыла носа и фиксирован послойно к краям дефекта ската носа. Оставшаяся слизистая перегородки носа уложена в зону перегородки и фиксирована к сохраненной части перегородки.

Закрытие полнослойного обширного дефекта крыла носа и ската носа выполнили с помощью носогубного лоскута, который был выкроен по методике Burger и Menick. Лоскут разметили по шаблону, созданному по контралатеральному неповрежденному крылу носа. От крыла носа по носогубной складке произвели разрез кожи, дистальный участок лоскута отслоили на подкожном уровне до мышечного слоя щечной области. В области проксимального конца лоскута оставлена подкожная ножка, максимально истонченная. Дистальный конец сформированного лоскута ротирован на ножке на 180 градусов в сторону дефекта, уложен на дефект. Треугольный кончик дистального конца лоскута подвернут в полость носа с целью формирования крыла носа и подшит к хрящевому трансплантату. Донорская область ушита шелковыми швами путем перемещения щечного лоскута в зону дефекта носогубной складки (рис. 1, Б).

В послеоперационном периоде пациенту ежедневно выполнялась двукратная передняя тампонада носа с винилином на протяжении 7 дней. Носовой ход со стороны оперативного вмешательства сформирован. Носовое дыхание в обоих носовых ходах достаточное. Мимическая функция сохранена в полном объеме.

Клиническое наблюдение 2.

Пациент Г., 67 лет. При обращении в поликлинику предъявлял жалобы на образование в области наружного носа.

Локальный статус: В области ската носа слева, ближе к крылу носа – глубокий дефект тканей до 1,5 см в диаметре, дно дефекта представлено корками. Края дефекта инфильтрированы, гиперемированы. В одном из краев дефекта, ближе к внутреннему углу глаза – опухолевый инфильтрат до 8 мм в диаметре, незначительно болезненный при пальпации (выполнена пункция, материал направлен на цитологическое исследование). В полости носа опухолевой ткани нет.

Шейные лимфоузлы: не увеличены. Тип опухоли – базально-клеточный рак.

Хирургическая тактика:

Решено выполнить широкое иссечение опухоли кожи наружного носа с реконструктивно-пластическим компонентом тканями лобной области (рис. 2). Произведен окаймляющий разрез кожи с опухолью отступая от видимых краев опухоли на 1 см, в области внутреннего угла – на 1,5 см. По периметру лоскут иссечен вместе с подкожно-жировой клетчаткой до хряща. Под контролем операционного микроскопа «Leica» лоскут с опухолью отделен острым путем от хряща. Препарат удален. Гемостаз. Дефект тканей составил 4x4 см в диаметре. Учитывая локализацию дефекта, его размеры, невозможность выполнения пластики местными тканями, решено выполнить реконструктивно-пластический компонент. От переносицы с распространением на область лба размечен лоскут длиной 7,0 см (до уровня роста волос), шириной около 4,0 см, диаметром до 1,0 см у основания лоскута в области переносицы, в которой проходит надблоковая артерия. Лоскут отслоен над апоневрозом, до уровня переносицы, ротирован в сторону дефекта на 180 градусов, уложен на дефект. Выполнена пластика наружного носа перемещенным лоскутом. На коже лба разрез продлен по краю роста волос в обе стороны, края кожного дефекта мобилизованы. Образовавшийся дефект кожи лба ушит.

Заключение. Хирургическое лечение первичных опухолей – как начальных, так и местно-распространенных форм базально-клеточного рака и плоскоклеточного рака является основным методом лечения. У пациентов с выраженной сопутствующей патологией и пациентов старших возрастных групп применимы такие методы лечения, как лучевая и фотодинамическая терапия. Поскольку базально-клеточный рак кожи является местно-деструктивной формой, располагаясь в зоне «маски», процесс может вызывать большие косметические и функциональные дефекты, особенно в запущенных случаях. В таких ситуациях хирургическое лечение необходимо выполнять в объеме широкого иссечения опухоли под микроскопическим контролем, который обеспечивает максимальную чистоту краев резекции, с проведением реконструктивно-пластических операций (закрытие дефекта перемещенным лоскутом, содержащим сосудистую ножку, обладающим наибольшими свойствами к приживлению). Крайне важно сохранить естественные контуры лица, функции мимической мускулатуры с целью максимальной социальной адаптации пациента после лечения.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

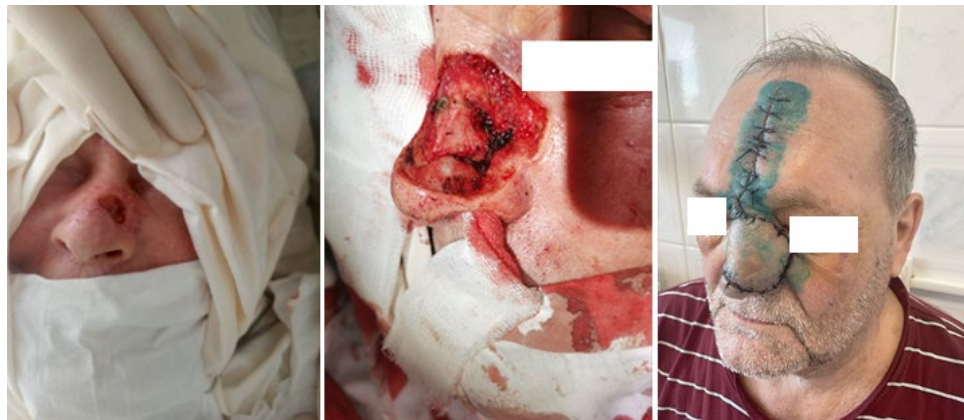


Рис. 2. Этапы операции и итоговый результат у пациента Г.

Литература/References

- Cohen N., Fedewa S., Chen A. Y. Epidemiology and Demographics of the Head and Neck Cancer Population. *Oral. Maxillofac. Surg. Clin. North. Am.* 2018;30(4):381-395. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.06.001>
- Moyer J. S. Management of Melanoma and Advanced Non-Melanoma Skin Cancers of the Face. *Facial Plast. Surg.* 2020;36(2):131-132. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709120>
- Онкология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. [Oncology. National leadership. Short edition / Edited by V. I. Chissov, M. I. Davydov. M.: «GEO-TAR-Media», 2017. (In Russ.)].
- Vila P. M., Thomas J. R. Management of Complications from Skin Cancer Reconstruction. *Facial Plast. Surg.* 2020;36(2):176-179. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1708843>
- Nayar S. Current concepts and novel techniques in the rosthodontics management of head and neck cancer patients. *Br. Dent. J.* 2019;226(10):725-737. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0318-3>
- Davidson A., Williams J. Factors affecting quality of life in patients experiencing facial disfigurement due to surgery for head and neck cancer. *Br. J. Nurs.* 2019;28(3):180-184. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.3.180>
- Eggerstedt M., Brown H. J., Shay A. D., Westrick J., Ritz E. M. [et al.]. Level of Evidence in Facial Plastic Surgery Research: A Procedure-Level Analysis. *Aesthetic Plast. Surg.* 2020;44(5):1531-1536. <https://doi.org/10.1007/s00266-020-01720-3>

Поступила 10.03.2023

Сведения об авторах:

Журавель Евгения Вадимовна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением опухолей головы и шеи; тел.: 89624490305; e-mail: evgeniya-zhuravel@mail.ru

Мухортов Евгений Андреевич, врач-онколог; тел.: 89282221544; e-mail: d7171@yandex.ru; <https://orcid.org/0009-0001-7437-5962>

Прокофьева Манана Гурамиевна, врач-онколог; тел.: 88652383927; e-mail: d7171@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2023

УДК 616.24-002.17

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2023.18077>

ISSN – 2073-8137

ГИПЕРСЕНСИТИВНЫЙ ПНЕВМОНИТ: ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

С. В. Райкова^{1,2}, Н. Е. Комлева^{1,2}, М. В. Потапова²,
О. В. Ливкина¹, О. Т. Мишанькина², С. И. Мазилов¹

¹ Саратовский медицинский научный центр гигиены, Российская Федерация

² Саратовский государственный медицинский университет
им. В. И. Разумовского, Российская Федерация

HYPERSENSITIVE PNEUMONITIS: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES (CLINICAL CASE)

Raikova S. V.^{1,2}, Komleva N. E.^{1,2}, Potapova M. V.²,
Livkina O. V.¹, Mishankina O. T.¹, Mazilov S. I.¹

¹ Saratov Hygiene Medical Research Center, Russian Federation

² V. I. Razumovsky Saratov State Medical University, Russian Federation

Гиперсенситивный пневмонит (ГП) – достаточно редкое и трудно диагностируемое интерстициальное заболевание легких, объединяющее комплекс легочных синдромов. Врачи первичного звена недостаточно информированы о данной нозологической форме. Представлен клинический случай поздней диагностики ГП с формированием фиброза легочной ткани и рефрактерности к противовоспалительной терапии системными глюкокортикостероидами. Верификация диагноза была основана на гистологическом исследовании криобиоптата легкого. Одним из важнейших этапов в установлении диагноза ГП является детальный анализ профессиональных и бытовых факторов, воздействующих на пациента.

Ключевые слова: гиперсенситивный пневмонит, клинический случай, диагностика

Hypersensitive pneumonitis (GP) is a rather rare and difficult to diagnose interstitial lung disease that combines a complex of pulmonary syndromes. Primary care physicians are insufficiently informed about this nosological form. The clinical case of late diagnosis of HP with the formation of pulmonary fibrosis and refractoriness to anti-inflammatory therapy by systemic