

УДК 616.211-006-089

*О.Г. ПЛАКСИВИЙ<sup>1</sup>, Є.М. ВОЄВІДКА<sup>2</sup>, І.В. КАЛУЦЬКИЙ<sup>1</sup>,  
О.О. МАЗУР<sup>1</sup>, М.Д. ВОЄВІДКА<sup>2</sup>, Т.Г. ЧИФУРКО<sup>2</sup>, М.М. ЦУРКАН<sup>2</sup>*

### **СПРИЯТЛИВИЙ КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ЗАПУЩЕНОЇ ФОРМИ РАКУ ПОРОЖНИНИ НОСА З ПРОРОСТАННЯМ В ГАЙМОРОВУ ПАЗУХУ**

<sup>1</sup>*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет»  
(ректор – проф. Т.М. Бойчук);*

<sup>2</sup>*ОКУ «Обласна клінічна лікарня» (в.о. головного лікаря – Б.П. Ситенко)*

Злоякісні пухлини порожнини носа є рідкісною патологією (3% випадків раку верхніх дихальних шляхів), частіше зустрічаються у чоловіків, ніж у жінок, у співвідношенні 2:1, і трапляються у будь-якому віці, але переважно хворіють особи у віці 50-70 років. У порожнині носа зустрічаються злоякісні новоутворення *епітеліальні, сполучнотканинні та нейрогенні*: різні види раку, саркоми, меланобластоми, естезіонейробластоми.

Найбільш поширеною злоякісною пухлиною носа та навколоносових пазух є плоскоклітинний рак, який становить від 61 до 92,8%. Клінічно розрізняють екзофітну та ендофітну форми раку. Симптоми при екзофітній формі: утруднення носового дихання, домішки крові у виділеннях з порожнини носа, у подальшому – утворення виразки та розпад пухлин. При риноскопії визначається горбкувата, легко кровоточива пухлина на широкій основі. На рентгенограмах, КТ та МРТ визначаються деструктивні зміни у лицьовому скелеті. Ендофітна форма пухлини проростає у навколоносові пазухи, перш за все – у верхньощелепну пазуху та гратчастий лабіринт. Може проростати в орбіту та порожнину черепа, при цьому з'являються симптоми ураження черепних нервів.

Пухлини порожнини носа мають меншу схильність до метастазування порівняно з тими ж видами новоутворень в інших

відділах верхніх дихальних шляхів. Метастазування настає пізно, спочатку в глибоко розміщені загорлові та підщелепні лімфовузли, малодоступні для клінічного обстеження, а потім у поверхнево розміщені – шийні, які легко пальпаторно визначаються.

На ранніх стадіях процес не має виражених клінічних проявів. Це зумовлює пізні звернення хворих та великий відсоток (60%) діагностичних помилок та несприятливого прогнозу. Початкові стадії розвитку пухлин мають майже безсимптомний перебіг або характеризуються симптомами, що зустрічаються при інших неонкологічних захворюваннях. Тому хворі потрапляють в стаціонар через кілька місяців після початку захворювання, коли симптоми пухлини носа або навколоносових пазух виражені у значній мірі. Ці симптоми можна об'єднати в три групи.

Симптоми з боку носа. Це, перш за все, утруднення носового дихання, у більшості випадків одностороннє. Вираженість утруднення носового дихання та час його виникнення залежить від локалізації пухлини та напрямку її росту. Іншими носовими симптомами є гнійні виділення з порожнини носа та носова кровотеча.

Утруднення носового дихання раніш всього виникає при ураженні пухлиною гратчастого лабіринту та ділянки середнього носового хода. До порушення дихання веде випинання внутрішньої стінки, пророс-

тання пухлини та заповнення пухлиною носових ходів. Це призводить до збільшення секреції слизової оболонки носа, що веде до виникнення сукровичних або слизово-гнійних виділень.

Симптоми з боку зубів: інтенсивний біль, що ірадіює в зуби, іноді в скроні, у вухо, розхитування зубів.

Слід відмітити, що характер больового синдрому, його сила при пухлинах цієї локалізації не завжди відповідають поширеності процесу. Іноді невелика пухлина викликає виражений больовий синдром, а поширена пухлина не викликає його зовсім. Слід відмітити також наявність головного болю, часто з парестезіями обличчя на боці пухлини. Нерідко визначається невралгія, що в більшості випадків свідчить про вихід пухлини за межі крило-піднебінної ямки, а також рано виявляється при ураженні пухлиною задньої стінки верхньої щелепи.

Очні симптоми: диплопія, хемоз, птоз, екзофтальм, зміщення очного яблука.

В діагностиці використовується ендоскопія, звичайна та контрастна рентгенографія, томографія, КТ, МРТ, УЗД, цитологічне та гістологічне дослідження.

Лікування злоякісних пухлин носа та навколоносових пазух є особливо складним у зв'язку із наступними моментами. Складність анатомічних взаємовідносин цієї ділянки, що межує із життєво важливими органами. Майже всі хворі, що звертаються, мають розвинуті форми захворювання. Хірургічне лікування є надзвичайно травматичним, призводить до каліцтва.

На ранніх стадіях лікування злоякісних новоутворень носової порожнини та навколоносових пазух, як правило, хірургічне. За умови поширених пухлинних процесів ефективно комбіноване (променево та хірургічне) лікування. Використовується методика розщепленого опромінення у 2 етапи: після першої половини курсу променевого лікування оцінюють його результати. У разі зменшення пухлини більше як наполовину опромінення продовжують. Якщо опромінення ефекту не дає, пухлину радикально видаляють. Доступ та обсяг хірургічного втручання визначають локалізацією ураження та переважним напрямком росту. Для широкого висічення новоутворення носової

порожнини та клітин решітчастого лабіринту використовують доступ за Муром, у разі пухлин верхньощелепних пазух – за Денкером, лобових пазух – за Прайсінгом. Утягування в пухлинний процес тканин орбіти чи твердого піднебіння та альвеолярного відростка верхньої щелепи допускає можливість широкого хірургічного втручання з резекцією верхньої щелепи та екзентерацією орбіти. Як правило, за таких об'ємних оперативних втручань попередньо проводять двобічну перев'язку зовнішніх сонних артерій. Грубі косметичні дефекти обличчя усуваються шляхом пластичних операцій, використання індивідуальних протезів.

До реконструктивних хірургічних втручань у більшості випадків вдаються через 1 рік після проведення основної операції. При великих дефектах використовують протезування.

Наводимо клінічний випадок комбінованого лікування рецидиву запущеної форми раку порожнини носа з проростанням в праву гайморову пазуху.

Хворий Г., 73 років, знаходився на лікуванні в ЛОР-центрі ОКЛ з 3.11.16 р. по 30.12.16 р. з діагнозом Сг порожнини носа з переходом на праву гайморову пазуху III ст. Стан після телегаматерапії у 2015 р. і хіміотерапії 5 курсів (сеансів) у 2016 р.

З анамнезу відомо, що у 2014 р. хворий звернувся в обласний онкодиспансер з приводу кровоточивого утворення на перегородці носа з правої сторони. Йому був виставлений діагноз після взяття біопсії Сг зовнішнього носа. Отримав курс телегаматерапії в 2015 р. Після отримав 3 курси хіміотерапії.

На початку 2016 р. звернувся до ЛОР центру ОКЛ через те, що продовжувався біль, безсоння, збільшилась ракова інфільтрація зовнішнього носа, утворилася перфорація в носовій перегородці. При зверненні повторно амбулаторно взято біопсію, підтверджено діагноз Сг носа і ми рекомендували операцію. Консультований знову в ООД, де отримав ще 3 курси хіміотерапії. Покращень не було, болі продовжувались. Консультований в Києві в ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченко НАМН України», де також рекомендували хірургічне лікування, але хворий відмовився.

Локальний статус при поступленні в ЛОР-центр ОКЛ: туморозна інфільтрація порожнини носа справа, дефект перегородки носа в передніх відділах, проростання пухлини в спинку носа, латеральну стінку та гайморову пазуху. Локальний статус підтверджений даними КТ.

Діагноз при поступленні: Ст порожнини носа з переходом на праву гайморову пазуху III ст. Стан після телегаматерапії у 2015 р. і хіміотерапії 5 курсів у 2016 р.

Після клінічного розбору вирішено провести операцію видалення пухлини зовнішнього носа з операцією Денкера справа з попередньою перев'язкою зовнішньої сонної артерії. Згоду хворого отримано.

Протокол операції 03.11.2016 р. Перев'язка зовнішньої сонної артерії справа. Під інтубаційним наркозом проведено розріз шкіри шиї по передньому краю кивального м'язу від кута нижньої щелепи в низ. М'язеві тканини гостро і тупо розведені в боки, оголений нервово-судинний пучок шиї. На *v. jugularis* накладено дві лігатури і

перерізано. Виділена зовнішня сонна артерія, накладено дві шовкові лігатури між верхньою щитоподібною і язиковою артеріями. Рана промита і пошарово зашита. Проведено облямовуючий розріз по контуру зовнішнього носа.

Зовнішній ніс гостро відділений від *apertura periformis* і видалений разом із хрящовою і кістковою частинами. Взято шкірний клапоть з передпліччя і проведена вільна пластика у зв'язку з великим дефектом верхньої губи. Через попередній розріз проведено резекцію нижньої і середньої носової раковини справа, розкрита права гайморова пазуха з видаленням новоутворення. Проведено ушивання шкіри по краю *apertura periformis* зі слизовою оболонкою порожнини носа. Порожнина після операції Денкера справа виповнена тампонами за Мікулічем, ліва половина носа виповнена марлевими тампонами з маззю Левомеколь. Післяопераційний період протікав без ускладнень, проводились перев'язки та відповідна медикаментозна терапія.



Результат гістологічного дослідження №26060-63 від 04.11.16р. – *cancer planocellulareae keratodes*.

Клапоть через кілька тижнів загоївся. Локальний статус при виписці – післяопераційний дефект після видалення зовнішнього носа, рана епітелізована, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. 30.12.16 р. хворий був виписаний з діагнозом: Ст порожнини носа з переходом на праву гай-

раційний дефект після видалення зовнішнього носа, рана епітелізована, регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються. 30.12.16 р. хворий був виписаний з діагнозом: Ст порожнини носа з переходом на праву гай-

морovu пазуху, III ст. Стан після телегаматерапії у 2015 р. і хіміотерапії 5 курсів у 2016 р. Стан після видалення зовнішнього носа та операції Денкера з перев'язкою зовнішньої сонної артерії в 2016 р. III клінічна група (практично здоровий).

Знайомий хворого – скульптор, по фотографії, з врахуванням розмірів дефекту виготовив силіконовий макет зовнішнього носа, який хворий самостійно фіксує за допомогою лейкопластиру. Макет зовнішнього носа простий і дуже зручний у використанні.



На завершення слід відмітити, що хоча пухлини носа добре доступні візуалізації, більшість хворих поступає на лікування, маючи розповсюджений процес, особливо при локалізації його в порожнині носа. Негативну роль в своєчасній діагностиці злоякісних пухлин носа має недостатня онкологічна пильність лікарів амбулаторно-поліклінічної ланки. Діагностичні помилки при первинному зверненні хворих до лікаря досягають 50% і більше. Тому при усіх неясних випадках необхідно направляти хворих на консультації до більш досвідчених спеціалістів або у спеціальні онкологічні заклади.

Важливе місце при лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами носа займають питання медичної реабілітації. Особливо це відноситься до хворих, яким проводиться

комбіноване лікування з приводу розповсюджених пухлин зовнішнього носа. В цих випадках необхідно передбачити одноментне або відтерміноване пластичне закриття дефекту, а якщо це здійснити неможливо, то виготовити силіконовий ендопротез носа.

При розповсюдженні пухлини порожнини носа на верхню щелепу, коли остання підлягає резекції, також необхідно передбачити виготовлення відповідного протезу.

Лікування рецидивних пухлин проводиться за тими ж принципами, що і первинних, з обов'язковим урахуванням попереднього лікування і його ефективності. Основним методом в цих випадках є комбінований, хоча послідовність проведення операції і опромінення в кожному конкретному випадку вирішується індивідуально.

## *Література*

1. Огольцова ЕС. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. Москва: Медицина; 1984. 244 с.
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи Москва: «Медицина»; 1983, 283-301.
3. Ундриц ВФ, Хилов КЛ, Лозанов НН, Супрунов ВК. Болезни уха, горла, носа (руководство для практических врачей). Москва: «Медицина»; 1969, 333-6.
4. Шантуров АГ, Сеньюков МВ. Злокачественные опухоли носа. Иркутск: Восточно-Сибирское книжное издательство; 1982. 176 с.

## *References*

1. Ogoltsova EU. [Malignant tumors of the upper respiratory tract]. Moscow: Medicine; 1984. 244 p. [In Russian].
2. Pasches AI. [Head and Neck Tumors]. Moscow: Medicine; 1983, 283-301. [In Russian].
3. Undrits VF, Khilov KL, Lozanov NN, Suprunov VK. [Diseases of the ear, throat, nose (a guide for practitioners)]. Moscow: Medicine; 1969, 333-6. [In Russian].
4. Shanturov AG, Senyukov MV. [Malignant tumors of the nose]. Irkutsk: East Siberian Book Publishing; 1982. 176 p. [In Russian].

Надійшла до редакції 11.06.2018

© О.Г. Плаксивий, Є.М. Воевідка, І.В. Калущький, О.О. Мазур, М.Д. Воевідка, Т.Г. Чифурко, М.М. Цуркан