

**РАК ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ПРОРАСТАНИЕМ В ПОЛОСТЬ НОСА,
НОСОГЛОТКУ, КЛЕТКИ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА И ОРБИТУ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

Н.Б. Нуркеев¹, Г.О. Миненков², Ж.М. Турапова³

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Медицинский центр «ТОМЭКС» (директор – Дерит Л.В.),

³Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На примере клинического случая представлена поздняя выявляемость злокачественного новообразования верхнечелюстной пазухи из-за отсутствия своевременной полноценной диагностики первичного звена. Наиболее информативным методом исследования является компьютерная томография, которая дает более полную информацию о границах поражения, что позволит выявить заболевание на ранних стадиях.

Ключевые слова: рак верхнечелюстной пазухи, компьютерная томография.

**ҮСТҮНКҮ ЖААКТЫН КОНУЛУНУН МУРУН КОНДОЙУНО, КЕҢИЛЖЭЭРГЕ,
БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫНА ЖАНА КОЗ
ЧАРАСЫНА ОСУН ЧЫККАН ШИШИК ООРУСУ (КЛИНИКАЛЫК ОКУЯ)**

Н.Б. Нуркеев¹, Г.О. Миненков², Ж.М. Турапова³

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Медициналык борбору «ТОМЭКС» (директор – Дерит Л.В.),

³Кыргыз-Россия Славян университети (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Клиникалык окуянын мисалында үстүнкү жаак коңулунун шишик оорусунун алгачкы звеносунда толук диагностика болбогондуктан кеч аныкталганы көрсөтүлөт. Эң эле маанилүү изилдөө ыкмасы болуп, оорунун чектерин көрсөтө турган компьютер томографиясы эсептелет, бул шарт дартты алгачкы стадиясында аныктаганга мүмкүнчүлүк берет.

Негизги создор: үстүнкү жаак коңулунун шишик оорусу, компьютер томографиясы.

**MAXILLARY SINUS CANCER WITH THE GROWTH INTO THE NASAL CAVITY,
NASOPHARYNX, ETHMOID SINUS AND ORBIT (CASE REPORT)**

N.B. Nurkeev¹, G.O. Minenkov², Zh.M. Turapova³

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.),

²Medical Imaging Center “TOMEX”(director – Derit L.V.),

³Kyrgyz Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.),
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: On the example of a case report, the late detection of the maxillary sinus malignant neoplasm is presented due to the lack of a timely full-fledged diagnosis on the primary link. The most informative method of investigation is computed tomography, which provides more complete information about the boundaries of the lesion, which will allow to detect the disease in its early stages.

Key words: maxillary sinus squamous cell carcinoma, computed tomography.

Рак верхнечелюстной пазухи является относительно редким новообразованием, частота которого составляет небольшой процент (0,2%) злокачественных опухолей человека и только 1,5% всех злокачественных новообразований головы и шеи [1]. Преимущественно поражаются верхнечелюстные пазухи (60-70%) и реже полость носа (12-25%), а также решетчатый лабиринт в 10-15% случаев. Реже всего клиновидные и лобные пазухи (1%) [2].

Хотя полость носа и придаточных пазух носа (ППН) занимают относительно малое анатомическое пространство, они являются местом происхождения гистологически различных групп опухолей: из эпителия слизистой оболочки, желёз, мягких тканей, костей, хрящей, нервной или нейроэктодермальна ткани, гематолимфоидных клеток или одонтогенного генеза.

Согласно гистологической классификации опухолей носовой полости и околоносовых синусов ВОЗ плоскоклеточный рак (ПР) относится к злокачественным опухолям эпителиального происхождения [3]. ПР околоносовых пазух составляет около 1% от всех злокачественных опухолей и около 3% от общего числа ПР головы и шеи. Что касается плоскоклеточного рака из верхнечелюстной пазухи, он поражает в основном мужчин среднего возраста (55-65 лет) из восточных стран, и в качестве основных факторов риска выступают некоторые химические вещества и вирусы [4, 5].

Особенностью злокачественных опухолей этого региона является позднее обращение пациентов (Т3-Т4) вследствие отсутствия болевого синдрома и незначительных клинических проявлений, что вызывает необходимость большого объема оперативного вмешательства и приводит к значительному искажению черт лица и инвалидизации [6, 7].

Для более точной диагностики и определения области поражения проводится мультиспиральная компьютерная томография (КТ), которая предоставляет подробную информацию о структуре кости и считается методом выбора для исследования любых объемных процессов [8].

В настоящее время применяются различные методы лечения опухолей ППН, включающие радиотерапию, оперативное вмешательство, лекарственные препараты или

их комбинации. Однако наилучшие результаты достигаются при комбинированном лечении [9].

Мы приводим клинический случай плоскоклеточного рака верхнечелюстной пазухи справа с прорастанием в полость носа, носоглотку, клетки решетчатого лабиринта и орбиту.

Больной А., 57 лет (ист.бол. №31817/2326) поступил в ЛОР-отделение Национального Госпиталя при МЗКР с жалобами на кровотечение из носа справа, затруднение носового дыхания, большие справа, периодические головные боли.

Из анамнеза: Пациент считает себя больным последний год, когда появилось затруднение носового дыхания, большие справа. Получал консервативное лечение по поводу обострения хронического синусита по месту жительства, без эффекта. Со слов пациента вышеуказанные жалобы начали беспокоить 2 месяца назад. Обратился повторно к врачу-оториноларингологу по месту жительства, которым был выставлен диагноз «Полипозный риносинусит справа». Была произведена операция полипотомия полости носа справа, но удаленный материал на гистологическое исследование не был отправлен. После операции у пациента появилось носовое кровотечение справа, в связи с чем был направлен в ЛОР отделение НГ МЗКР, где был госпитализирован в экстренном порядке для дальнейшего обследования и лечения.

Локальный статус: При внешнем осмотре наружный нос обычной формы. При передней риноскопии справа определялось образование бледно-розового цвета с нечеткими контурами, которое полностью obtурировало полость носа, отмечалось незначительное кровотечение. Поставлен ватно-мазевой тампон. Слева полость носа без изменений. Пальпация области проекции гайморовых пазух безболезненна. При орофарингоскопии область твердого нёба и альвеолярных отростков без изменений. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Отоскопически без особенностей.

КТ полости носа и придаточных пазух носа (рис.1-2): В верхнечелюстной пазухе, полости носа, носоглотке и клетках решетчатого лабиринта справа определяется остеодеструктивное, гетерогенное, солидное объемное образование, КТ-плотностью до +42,2 ед.Н., с относительно четкими контурами, размером до 62,6x39,5 мм в поперечнике. Определяется остеодеструкция

задней, медиальной стенок верхнечелюстной пазухи, а также костных септ клеток решетчатого лабиринта справа по типу незавершенного остеолитизиса. Кроме того, отмечается остеодеструкция нижней и медиальной стенки правой орбиты, протяженностью до 26,7 мм, через который инфильтрат распространяется интраорбитально до 12,1 мм с КТ-признаками инфильтрации нижней и медиальной прямых

мышц глазного яблока и окружающей жировой клетчатки. В основной и лобной пазухах справа определяется патологическое содержимое, КТ-плотностью до +21,1 ед.Н. Полости других ППН воздухоносны, обычных размеров и формы, с четкими контурами, слизистая их не утолщена, без дополнительных, патологических образований. Носовая перегородка искривлена влево.

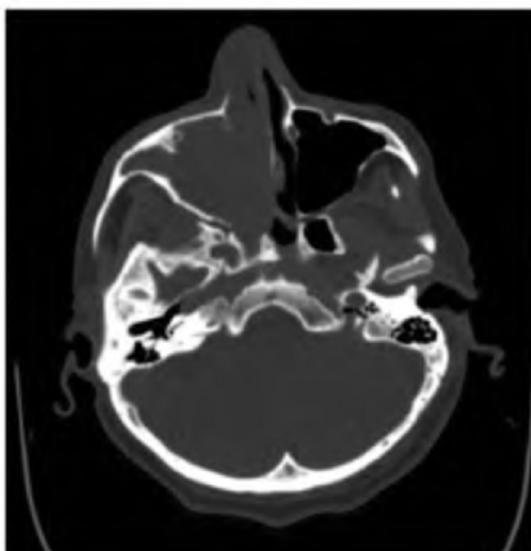


Рис. 1. КТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости на уровне верхнечелюстных пазух.



Рис. 2. КТ-срез, выполненный в коронарной плоскости на уровне средних отделов полости носа.

Заключение: данные за остеодеструктивное, гетерогенное, солидное объемное образование в верхнечелюстной пазухе, полости носа, носоглотке и клетках решетчатого лабиринта справа (неоплазма?) с интраорбитальным распространением, правосторонний фронтит, сфеноидит, искривление носовой перегородки.

Консультация окулиста: миопия слабой степени обоих глаз (со школьных времен).

В стационаре была произведена биопсия из полости носа справа. **Результат патогистологического исследования** №129469-70: в материале обнаружен плоскоклеточный рак.

Клинический диагноз: Плоскоклеточный рак верхнечелюстной пазухи справа с прорастанием в полость носа, носоглотку.

клетки решетчатого лабиринта и орбиту. Рецидивирующее носовое кровотечение.

Была произведена операция «Резекция верхней челюсти справа с полным удалением клеток решетчатого лабиринта и ревизией основной пазухи. Перевязка наружных сонных

артерий с обеих сторон». Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Производились ежедневные перевязки. Проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

Патогистологическое исследование (удаленного материала) №132365-9 (рис. 3): в материале обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак.

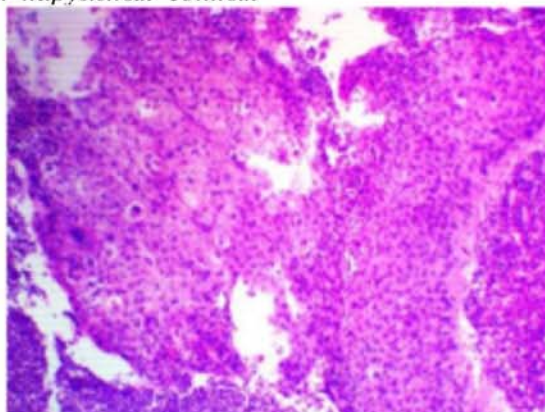


Рис. 3. Гистологическая картина плоскоклеточного неороговевающего рака (окраска гематоксилин-эозином, x 100).

На 20-ый день с рекомендациями больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии. Больной направлен в Национальный центр онкологии при МЗ КР для решения вопроса о химио- и лучевой терапии.

Таким образом, приведенный нами редкий случай может служить примером, когда больные со злокачественными опухолями на протяжении длительного периода времени, будучи недообследованными (КТ, гистологическое исследование), могут получать лечение по поводу обычных синуситов, что обуславливает позднюю обращаемость больных в специализированное учреждение.

Литература

1. Sino-nasal adenocarcinoma: epide-miological and clinico-pathological study of 34 cases / [F.C. Nunez et al.] // J Otolaryngol. – 1995. - Vol. 22. - P. 86–96.
2. Predominance of squamous cell carcinoma and rarity of adenocarcinoma of maxillary sinus among Japanese / [K. Fukuda et al.] // Med J. – 1989. – Vol. 36. – P. 1–6.
3. Ishida, M. Basaloid squamous cell carcinoma of the maxillary sinus: Report of two cases in association with cathepsin K expression / M. Ishida,

H. Okabe // Oncol Lett. – 2013. – Vol. 5(6). – P. 1755-1759.

4. Turner, J.H. Incidence and survival in patients with sinonasal cancer: a historical analysis of population-based data / J.H. Turner, D.D. Reh // Head Neck. – 2012. - Vol. 34 – P. 877–885.

5. Squamous cell carcinoma at maxillary sinus: clinicopathologic data in a single Brazilian institution with review of literature / [M. Roter et al.] // Int J Clin Exp Pathol. – 2014. – Vol. 7 – P. 8823–8832.

6. An infiltrative squamous cell carcinoma of the sinonasal tract - a report of a rare case / [Subhalakshmi, M. Mathew, A.R. Raghu et al.] // International Journal of Advanced Research. 2014 – Vol. 2(5). – P. 792-798.

7. Llorente, J.L. Sinonasal carcinoma: clinical, pathological, genetic and therapeutic advances / J.L. Llorente, F. Lopez, C. Suarez // Nature Reviews Clinical Oncology. – 2014 – Vol. 11. – P. 460-472.

8. Насыров, В.А. Пиоцеле решетчатого лабиринта (случай из практики) / В.А. Насыров, Г.О. Миненков, Ж.М. Турапова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2018. - №11/2. – С. 300-304.

9. Алиев, Б.М. Комбинированное и консервативное лечение рака слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи / Б.М. Алиев, В.П. Бойков, Е.Г. Матякин // Вестник Онкологического научного центра Российской академии медицинских наук. - 1995.- Т. 6. - № 4.- С. 21-25.