

Tsibulkin N. A., Oschepkova O. B., Tukhvatullina P. V. Opukholevie porazheniya serdtsa v klinicheskoy praktike. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny*. – *Bulletin of modern clinical medicine*. 2017;10(4):80-86. (In Russ.). [https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10\(4\).80-86](https://doi.org/10.20969/VSKM.2017.10(4).80-86)

7. Карпова Н. Ю., Рашид М. А., Казакова Т. В., Чипигина Н. С., Аксенова А. В. [и др.]. Ангиосаркома сердца – случай из практики. *Рациональная фармакотерапия*

в кардиологии. 2017;13(3):339-345. [Karpova N. Y., Rashid M. A., Kazakova T. V., Chipigina N. S., Aksenova A. V. [et al.]. Angiosarcoma of the heart – clinical case. *Ratsionalnaya farmakoterapiya v kardiologii*. – *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*. 2017;13(3):339-345. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.20996/1819-64462017-13-3-339-345>

Сведения об авторах:

Аракелянц Амалия Ашотовна, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры общей врачебной практики института профессионального образования; тел.: 89150756699; e-mail: nxrimma@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1243-2471>

Буравихина Татьяна Амаяковна, доктор медицинских наук, заведующая отделением функциональной диагностики; тел.: 89031581673; e-mail: burav2001@mail.ru

Морозова Татьяна Евгеньевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой общей врачебной практики; тел.: 89032588868; e-mail: temorozova@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-3748-8180>

Барабанова Елена Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры; тел.: 89036254864; e-mail: selebar@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2095-8879>

© Коллектив авторов, 2021

УДК 616-006:616.284:616-006.04:617-089

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16021>

ISSN – 2073-8137

РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПАРАНАЗАЛЬНЫЙ РАК: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

П. В. Светицкий¹, А. А. Ганиев², А. Н. Абдихакимов², С. Н. Ишмухамедов³, О. И. Кит¹

¹ Национальный медицинский исследовательский центр онкологии, Ростов-на-Дону, Российская Федерация

² Областной филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра онкологии и радиологии, Ташкент, Республика Узбекистан

³ Центральный госпиталь Министерства внутренних дел, Ташкент, Республика Узбекистан

ADVANCED PARANASAL CANCER: CLINICAL OBSERVATION

Svetitsky P. V.¹, Ganiev A. A.², Abdikhakimov A. N.², Ishmukhamedov S. N.³, Kit O. I.¹

¹ National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation

² Regional Branch of Republican Specialized Scientific-Practical Medical Center of Oncology and Radiology, Tashkent, Republic Uzbekistan

³ Hospital of Ministry of Internal Affairs, Tashkent, Republic Uzbekistan

Представлены результаты лечения больного 68 лет с распространенным плоскоклеточным раком лобных пазух и решетчатых костей, разрушившим кости черепа с обнажением и прорастанием в твердую мозговую оболочку. Опухолевый процесс был подвергнут лучевой терапии с последующей химиотерапией, затем проведена операция с удалением пораженных опухолью костных тканей лобных пазух и решетчатой кости, твердой мозговой оболочки. После операции больной был выписан в удовлетворительном состоянии, получал химиотерапию. К концу 8-го месяца развился рецидив. После лучевой терапии и химиотерапии, в ходе которых, по данным рентгенологического исследования, процесс стабилизировался, наступила ремиссия, которая длилась 13 месяцев. Затем вновь развился рецидив, и через 22 месяца от начала лечения наступил летальный исход.

Ключевые слова: рак околоносовых органов, операция, твердая мозговая оболочка

The article presents clinical observation of the 68-year-old patient's treatment results. The patient was diagnosed with widespread squamous cell carcinoma of the frontal sinuses and ethmoid bones which destroyed the bones of the skull with exposure and invasion of the dura mater. Initially, the tumor process was subjected to radiation therapy (the total focal dose of 40 Gy), followed by chemotherapy. Then the operation was performed. The bone tissue of the frontal sinuses and ethmoid bone affected by the tumor was removed, exposing the dura mater, which was growing in places by the tumor without affecting the brain tissue. After removal of the tumor process, the defect in the dura mater was sutured. The postoperative cavity was plugged. The wound was sutured with the end of the tampon removed through the nasal passage. The patient was discharged in satisfactory condition. He received chemotherapy at the place of residence. The postoperative period was

uneventful. There was a relapse after 8 months. The patient refused reoperation, and additionally received 40 Gy. The tumor volume has decreased. He continued to receive chemotherapy at the place of residence, during which, according to X-ray control, the process stabilized. The patient assessed his state of health as satisfactory. Remission lasted for 13 months. Then the relapse came again after 22 months from the beginning of treatment, and lethality occurred.

Keywords: cancer of paranasal organs, operation, dura mater

Для цитирования: Светицкий П. В., Ганиев А. А., Абдикхамимов А. Н., Ишмухамедов С. Н., Кит О. И. РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ПАРАНАЗАЛЬНЫЙ РАК: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2021;16(1):76-78. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16021>

For citation: Svetitsky P. V., Ganiev A. A., Abdikhakimov A. N., Ishmukhamedov S. N., Kit O. I. ADVANCED PARANASAL CANCER: CLINICAL OBSERVATION. *Medical News of North Caucasus*. 2021;16(1):76-78. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2021.16021> (In Russ.)

МРТ – магнитно-резонансная томография
ПК – параназальная карцинома
ПР – параназальный рак

СОД – суммарная очаговая доза
СРКТ – спиральная рентгеновская компьютерная томография

Параназальный рак (ПР) – злокачественная опухоль придаточных пазух носа, которая относится к редким малоизученным заболеваниям [1]. Он составляет 0,5 % среди всех злокачественных новообразований и менее 3 % среди опухолей головы и шеи. Чаще всего (10–20 %) развивается в верхнечелюстных пазухах и решетчатой кости, в лобных пазухах выявляется в 2–3 % случаев [2]. Гистологически до 80 % случаев наблюдаются плоскоклеточная карцинома и аденокарцинома. Отличительной чертой опухоли является быстрый бессимптомный рост с прорастанием в соседние органы и ткани и быстрым летальным исходом [3]. Болеют преимущественно мужчины в возрасте от 50 до 70 лет. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы отмечается сравнительно редко.

При невыраженной симптоматике больные длительно наблюдаются у оториноларингологов и лечатся от ринофарингитов. При отсутствии лечебного эффекта и прогрессировании болезни пациент осматривается смежными специалистами, которые выявляют опухоль, как правило, уже распространенную и поражающую различные отделы черепа. Больной направляется к онкологу, имея опухолевый процесс на грани резектабельности.

К сожалению, до настоящего времени выявляемость и смертность при ПР остаются неудовлетворительными [4]. Положительные результаты лечения достигаются при ранней диагностике опухоли и использовании комплексной терапии [5].

Клинический случай

Больной Т. М., 68 лет, поступил в хирургическое отделение центрального госпиталя МВД Республики Узбекистан с диагнозом: опухоль лобных пазух.

Жалобы при поступлении на затрудненное носовое дыхание, сукровичные выделения из носа, головную боль. Считает себя больным около 6 месяцев после перенесенной автотравмы лицевой части черепа. Сознание после травмы не терял, лечился амбулаторно. Появилась стой-

кая болезненность в области переносицы. Лечился у оториноларинголога от вазомоторно-аллергического ринита без улучшения. Была выполнена СРКТ черепа, выявившая опухолевидные образования лобной пазухи с прорастанием и деструкцией решетчатой кости и костей передней черепной ямки. По данным пункционной биопсии, выявлен плоскоклеточный рак G2.

Было рекомендовано хирургическое вмешательство, от которого больной отказался. Проведена лучевая терапия (СОД – 40 Гр) с последующей химиотерапией: цисплатин, 5-фторурацил, доцетаксел. Состояние улучшилось – головная боль уменьшилась, выделения из носа прекратились, носовое дыхание восстановилось. По данным СРКТ, процесс в лобных пазухах и решетчатой кости сократился. Вновь было предложено оперативное лечение, на которое согласие получено не было. Через 4 месяца, в связи с ухудшением состояния и усилением головной боли, больной дал согласие на операцию. Повторно проведенная СРКТ выявила прогрессирование опухолевого роста в решетчатой кости и лобных пазухах, разрушение костей черепа с возможным распространением на верхнечелюстную пазуху (рис. 1).

Учитывая распространенность процесса, для уменьшения кровопотери в процессе операции, за двое суток до её проведения селективно катетеризованы и эмболизированы с обеих сторон ветви наружных сонных артерий: верхнечелюстных и фронтальных.

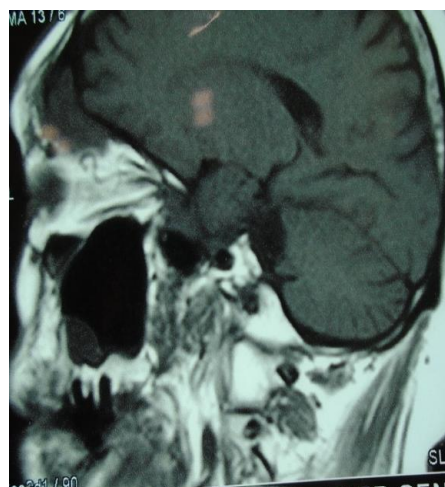


Рис. 1. СРКТ (фас и профиль) – опухолевидное образование лобных пазух с прорастанием и деструкцией решетчатой кости, верхних отделов правой верхнечелюстной пазухи и передней черепной ямки. Обнажена твердая мозговая оболочка, спаянная с опухолью в отдельных местах правой лобной пазухи

Операцию выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Для предупреждения попадания инфекции из полости носа в переднюю черепную ямку операцию начали со вскрытия лобных пазух по Прайзингу. Из-за разрушения опухолевым процессом костных тканей передние и задние стенки лобных пазух и их перегородка практически отсутствовали. Костные фрагменты удалены, образовав из двух лобных пазух одну полость, заполненную опухолью (рис. 2), после удаления которой обнажилась твердая мозговая оболочка правой лобной доли мозга.

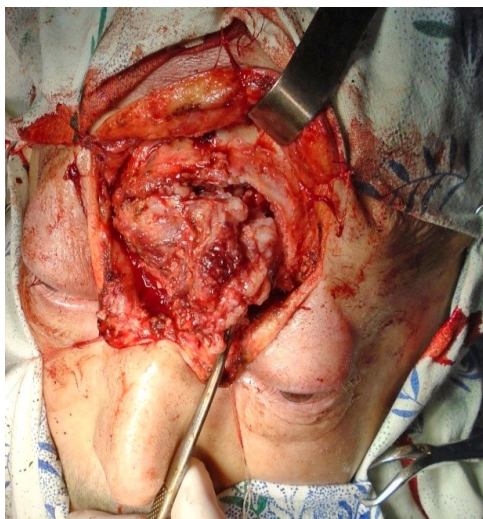


Рис. 2. Обнажение и удаление опухоли лобных пазух и решетчатого лабиринта

В процессе выделения опухоли, из-за её спаянности с твердой мозговой оболочкой, последняя при сепарации была повреждена в проекции правой лобной доли, образовав продольный щелеобразный дефект 10,0x1,5 мм. Дефект был ушит непрерывным (vicryl) швом. По окончании удаления опухоли истонченные участки твердой мозговой оболочки и ушитый дефект были закрыты тахакомбовым, а вся обнаженная площадь твердой мозговой оболочки дополнительно укрыта duragen-Matrix имплантатом.

Литература/References

1. Perrie S., Meyer M., Mazzaschi O., De Crouy Chanel O. Epidemiology and anatomy of head and neck cancers. *Bull. Cancer*. 2014;101:404-410. <https://doi.org/10.1684/bdc.2014.1962>
2. Kalyani R., Narshimhan A., Prakash S. Sinonasal carcinoma – a report of two cases. *J. Clin. Diagn. Res*. 2014;8(2):149-150. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2014/6848.4037>
3. Perri F., Addeo R., Conson M., Faiella A., Scarpati G. [et al.]. Locally advanced paranasal sinus carcinoma: a study of 30 patients. *Oncol. Lett*. 2017;13(3):1338-1342. <https://doi.org/10.3892/ol.2017.5598>
4. Эпидемиология злокачественных новообразований. Рак носа и параназальных синусов. Режим доступа: <http://www.oncology.ru/specialist/epidemiology/malignant/C30/>. Ссылка активна на 09.10.2020. [Epidemiology of malignant neoplasms. Cancer of the nose and paranasal sinuses. Available at: <http://www.oncology.ru/specialist/epidemiology/malignant/C30/>. Accessed October 9, 2020. (In Russ.)].
5. Thompson L., Penner C., Ho N. J., Foss R. D., Miettinen M. [et al.]. Sinonasal tract and nasopharyngeal adenoid cystic carcinoma: a clinicopathologic and immunophenotypic study of 86 cases. *Head Neck. Pathol*. 2014;8(1):88-109. <https://doi.org/10.1007/s12105-013-0487-3>

Сведения об авторах:

Светицкий Павел Викторович, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела опухолей головы и шеи; тел.: 89289025584; e-mail: svetitskiy.p@gmail.com

Ганиев Абдуваз Абдулахатович, кандидат медицинских наук, заместитель директора; тел.: +998977098550, +9989712403807; e-mail: avaz-ganiev@yandex.ru

Абдихакимов Абдулла Нусратиллаевич, доктор медицинских наук, директор; тел.: +998998102000, +9989712403807; e-mail: abdikhakimov@list.ru

Ишмухамедов Сагдулла Нигматуллаевич, кандидат медицинских наук, заведующий отделением нейрохирургии; тел.: +998974503034; e-mail: sagd2008@mail.ru

Кит Олег Иванович, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, генеральный директор; тел.: 88633003005; e-mail: onko-sekretar@mail.ru

Сохраняя горизонтальную продырявленную и решетчатую пластины (lamina cribrosa и rapigasea), была удалена пораженная опухолью решетчатая кость. Обнаженная и ушитая твердая мозговая оболочка была дополнительно укрыта имплантатами.

Для обнажения верхнечелюстной пазухи произведен дополнительный разрез по Муру. Пазуха вскрыта. Она была заполнена гноем, опухолевая ткань отсутствовала. Осуществлена санация пазух с удалением кариозных костей и последующей тампонадой. Конец ленточного тампона, уложенного в черепную ямку, был выведен в носовой ход. На кожу наложены швы. Удаленные опухоль и пораженные опухолью костные ткани направлены на гистологическое исследование, подтвердившее наличие плоскоклеточного рака – G2.

Больной выписан в удовлетворительном состоянии. По месту жительства получал многокурсовую химиотерапию (цисплатин, 5-фторурацил, доцетаксел). Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление прошло первичным натяжением.

К концу 8-го месяца после операции при контрольной МРТ выявлен рецидив в проекции ушитой твердой мозговой оболочки. Дополнительно по месту жительства получил 40 Гр с последующей химиотерапией. В ходе послеоперационного лечения больной оценивал свое состояние как удовлетворительное. Состояние ремиссии со времени проведенной операции составило 13 месяцев, затем продолжился рост опухоли и через 2 месяца (через 17 месяцев от начала противоопухолевого лечения) наступил летальный исход.

Заключение. Представленный случай больного с распространенным параназальным раком демонстрирует редкий вид патологии в оториноларингологической практике. Клиническое значение данного случая заключается в необходимости соблюдения онкологической настороженности при длительном течении синуситов любой этиологии. Своевременная диагностика и комплексное лечение данной категории больных позволяет надеяться на положительные клинические результаты.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.