

Е.ЛУКАЧ, Ю.СЕРЕЖКО, Ю.ТЕРНИЦЬКА

ПУХЛИНИ НОСА ТА ПАРАНАЗАЛЬНИХ СИНУСІВ

Від. онкопатології ЛОР-органів (кер. – проф. Е. Лукач) Ін-ту отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка (дир. – чл.-кор. АМНУ, проф. Д. Заболотний), наук.-практ. центр променевої діагностики (кер. – проф. І. Дикан)

ОПУХОЛИ НОСА И ПАРАНАЗАЛЬНЫХ СИНУСОВ

Лукач Э., Сережко Ю., Терницкая Ю.

Резюме

В статье представлены данные о современных методах диагностики и лечения доброкачественных и злокачественных опухолях полости носа и параназальных синусов. Приводится классификация раковых опухолей по системе TNM и классификации доброкачественных опухолей.

Ключевые слова: нос, околоносовые синусы, опухоли, диагностика, лечение, классификация.

Доброякісні пухлини.

Згідно Міжнародній гістологічній класифікації ВООЗ, доброякісні пухлини носа та параназальних синусів (цит. за А.И. Пачесом, 1983) класифікують наступним чином.

Епітеліальні пухлини

1. Плоскоклітинна папілома. 2. Перехідноклітинна папілома. 3. Аденома. 4. Оксифільна аденома (онкоцитом). 5. Поліморфна аденома (змішана пухлина).

Пухлини м'яких тканин

1. Гемангіома. 2. Гемангіоперицитом. 3. Нейрофіброма. 4. Неврилемома. 5. Міксома. 6. Фіброксантома. 7. Інші.

Пухлини кісток і хрящів

1. Хондрома. 2. Остеома. 3. Осифікуюча фіброма. 4. Інші.

Пухлини змішаного генезу

1. Тератома. 2. Менінгіома. 3. Одонтогенні пухлини. 4. Меланогенна нейроектодермальна пухлина. 5. Інші.

Вторинні пухлини.

Некласифіковані пухлини. Гліоми та гломусні пухлини (хемодектома, параангіома).

Пухлиноподібні ураження

1. Псевдоепітеліоматозна гіперплазія. 2. Онкоцитарна метаплазія і гіперплазія. 3. Кісти. 4. Мукоцеле. 5. Ангіогранульома. 6. Поліпоз носа. 7. Фіброматоз. 8. Фібозна дисплазія. 9. Гігінтоклітинна “репаративна” гранульома. 10. Інфекційна гранульома. 11. Холестеринова гранульома. 12. Гранульома Стюарта. 13. Гранульома Вегенера. 14. Гетероплазія гліальна в носі. 15. Менінгоцеле.

Епітеліальні пухлини.

Папіломи. Розрізняють папіломи при-сінку і порожнини носа. Перші сірого кольору, щільні, ворсинчастої поверхні, малих розмірів, не малігнізуються. Вважають, що спричиняють виникнення папілом віруси із сімейства папіломовірусів 6, 11 та 16-го ти-

пів. Папіломи порожнини носа вражають переважно її слизову оболонку. Вони досить часто рецидивують після хірургічного видалення. При передній риноскопії або ендоскопії папіломи сіро-білого кольору, м'якої консистенції, поодинокі або множинні, при дотику кровоточать, нагадують цвітну капусту. Лікування папілом порожнини носа переважно хірургічне або кріодеструкція. Хірургічно видалений матеріал повинен направлятися для гістологічного дослідження у зв'язку з можливістю злоякісного переродження (перехідноклітинний рак). Іншою проблемою у лікуванні цих хворих є часте рецидування папілом. Для його попередження рекомендовано призначення препаратів інтерферону – вітчизняного лаферону або закордонного інтрону А. Методика лікування лафероном полягає в інгаляційному призначенні на початку терапії (1млн лаферону розводять у 20 мл 0,9% розчину NaCl). Інгаляції тривають перші 10 днів, потім лаферон призначають в/м 1 раз на добу, в дозі 1млн ОД, 20 днів. Деякі клініки для моніторингу наявності вірусу в сироватці крові визначають титри антитіл до нього. При підвищенні показників вище 1:200 в крові хворих призначають антивірусні препарати (зоеракс або інші). Віруси папіломи інфікують також шийку матки, що спричиняє, при менш патогенних типах [6, 11, 18], виникнення кондиллом. В Інституті онкології АМН України проходить 3-тя фаза клінічних досліджень з вивчення вакцини "Gardasil" спільного англо-французького виробництва для лікування патології, спричиненої папіломовірусами. Очевидно, ця вакцина буде ефективною і при патології ЛОР-органів, ініційованої папіломовірусами.

Інвертована папілома. Називається у зв'язку з властивістю до інвагінації плоского епітелію у вигляді широкої стрічки в сполучну тканину. Одні автори вважають, що інвертовані папіломи виростають із вивідних проток сірко- мукозних залоз слизової оболонки порожнини носа та приносочних пазух [2], інші – із шнейдеровської мембрани нюхових цибулин що формуються в кінці 4-го тижня внутрішньоутробного життя. Ці пухлини мають деструктивний ріст, рецидивують та малігнізуються. Вони

відомі також під назвою циліндроклітинні папіломи.

Аденома – доброякісна пухлина із залозистого епітелію слизової оболонки порожнини носа. Переважно вражає нижні частини порожнини носа на широкій основі із гладкою поверхнею. Характеризується повільним ростом. Пухлина рожево-сірого кольору, розміром не більше 2 см, супроводжується швидким ростом, проростанням в суміжні тканини, зміною гістологічної структури. Лікування її хірургічне. Видалений матеріал повинен досліджуватись гістологічно.

Неепітеліальні пухлини.

Гемангіома – пухлина, що розвивається із кровоносних судин, близька за своїм характером до пороків розвитку. З іншими пухлинами її об'єднує швидкий ріст, при якому гемангіома руйнує навколишні тканини, наносить косметичний, а іноді і функціональний дефект. У 1863 р. Віхров опублікував макро-мікроскопічну класифікацію гемангіом, поділяючи їх на капілярні, кавернозні та рацемозні (гілчасті). В подальшому цей принцип увійшов для багатьох класифікацій.

В класифікації, запропонованій в 1971 р. Г.А. Федоровим проведена чітка диференціація судинних дизембріоплазій (справжніх гемангіом) та судинних аномалій (несправжніх гемангіом).

Сьогодні застосовують цю класифікацію, в якій внесено додаткові дані росту пухлини, її розповсюдження, особливостей кровопостачання та взаємозв'язок з великими кровоносними судинами.

Справжні гемангіоми: 1) капілярні (прості): екзофітні (венозного і артеріального типу); 2) кавернозні: слизово-підслизисті; дифузні (які розповсюджуються в глибину); 3) гілчасті (ангіодисплазії); 4) змішані (ангіофіброми, гемлімфангіоми, гілчасті з кавернозними, гілчасті з гломус-ангіомами Баре-Масона та ін.).

Несправжні гемангіоми: 1) зірчаті гемангіоми і телеангіоектазії зустрічаються тільки на шкірі.

Діагностика.

1. Звичайний зовнішній огляд хворого. Пальпація пухлини.

2. Передня і задня риноскопія.
3. Огляд носової порожнини, параназальних синусів за допомогою ендоскопу. Діафаноскопія.
4. Комплексне рентгенологічне дослідження.
5. КТ та МРТ.
6. Цитологічне дослідження виділень, отриманих при пункції, промивань пазух, а також виділень із носа.
7. Гістологічне дослідження шматочків новоутворення.

Лікування.

1. Хірургічне видалення пухлини (якщо вона значних розмірів з попередньою емболізацією судин, живлячих пухлину).
2. Кріодеструкція пухлини.
3. Склерозуюча терапія.
4. Променева терапія в поєднанні з хірургічним видаленням (при малігнізації пухлини).

Кровоточиві поліпи хрящового відділу носової перегородки червоного кольору, округлої форми з гладкою поверхнею. Для них характерні часті кровотечі. Лікування їх хірургічне.

Фіброми, міоми, ліоми рідко зустрічаються в порожнині та у пара-назальних синусах. Може зустрічатись ангіофіброма, фіброміома, остеофіброма, аденофіброма, нейрофіброма, гістіоцитомма. Лікування цих пухлин хірургічне.

Остеоми. Найбільш часто зустрічаються серед доброякісних пухлин параназальних синусів, у осіб 20-40 років. За даними деяких авторів, остеоми локалізуються в області кісткових швів у 50% пацієнтів. Гістологічно розрізняють три форми остеом: компактну (слонова кістка), спонгіозну і компактно-спонгіозну. Остеоми мають виключно повільний ріст і переважно безсимптомний перебіг. Вони часто виявляються випадково при рентгенологічному дослідженні або КТ. При великих пухлинах або локалізації у основній пазусі може спостерігатись головний біль, при остеомах лобної пазухи може спостерігатись екзофтальм, диплопія, порушення зору.

Лікування остеом виключно хірургічне. Чим раніше воно буде проведено, тим кращий успіх буде досягнуто. Обов'язкове гістологічне дослідження видаленої пухли-

ни. Іноді, при компактних остеомах основної пазухи, коли є небезпека серйозних ускладнень (пошкодження кавернозного синуса, внутрішньої сонної артерії) хірургічне втручання повинно проводитись разом з нейрохірургами.

Хондроми. Розвиваються із залишків примордіального хрящового скелета і можуть бути віднесені до аномалій розвитку. Пухлини відрізняються повільним експансивним ростом з проникненням в орбіту або порожнину черепа. Часто рецидивують і, крім того, можуть зляккісно перероджуватись. В порожнині носа можуть зустрічатись остеохондроми.

Нейрогенні пухлини

Парагангліоми (гломусні пухлини, хемодектом) – ростуть із невеликих клітинних груп слизової оболонки порожнини носа. Вони відносяться до пухлин із нехромафінних парагангліїв. В порожнині носа зустрічаються рідко. Пухлина має інфільтративний ріст, часто рецидивує, зляккісно перероджується. В таких випадках часто проростає в череп і мозок. Тоді показана передня краніофасціальна резекція з видаленням пухлини.

Менінгіоми. Це внутрішньочерепні (інтрадуральні) пухлини, які вторинно зміщені у порожнину носа або параназальні синуси. З первинною локалізацією у носі вони дуже рідкісні.

Пухлиноподібні ураження

Пухлиноподібні захворювання описуються у відповідних розділах довідника але особливої уваги заслуговує фіброзна дисплазія.

Фіброзна дисплазія. Відноситься до пухлиноподібних уражень носа та параназальних синусів і являє собою ваду формування остеогенної мезенхіми, яка виникає на 3 - 6 тижні розвитку ембріона на сполучно-тканинній фазі остеогенезу, з наступним порушенням розвитку і розростанням у вражених відділах скелету кісткової тканини різного ступеню зрілості, яка не має характерної для даної зони структури і механічної міцності.

Характеризується заміщенням кістки фіброзною тканиною. Деякі автори вважа-

ють хворобу аномалією розвитку невідомого генезу. Діагностика захворювання рентгенологічна але головним чином гістологічне підтвердження - основний мотив для вибору лікування. Це ураження відоме також як фіброзна остеодистрофія, фіброзний остеїт. Переважно перероджуються кістки верхньої щелепи, основної та лобної кісток. Лікування хірургічне. Проводиться видалення уражених ділянок кісток. Можливі рецидиви. Іноді такі хворі лікуються у стоматологічних стаціонарах. Хворим на фіброзну дисплазію показано вживати препарати групи бісфосфонатів другого покоління, котрі мають сильну резорбтивну дію, сприяють підсиленню остеокластичної резорбції фіброзної дисплазії. Клінічно відмічено зменшення болю у кістці, зупинку росту патологічного осередку, рентгенологічно – збільшується мінералізація та щільність кісткової тканини. Препарат призначається загальною дозою 180 мг, в/в, у вигляді памідроната (60 мг в день, 3 дні, кожні 6 місяців. Час лікування – мінімум 2 роки, після чого 1 раз в рік відповідно до реакції на лікування. Чутливим хворим щоденно додають в схему лікування препарати кальцію і вітамін Д – 800 МЕ в день з метою запобігання вторинного гіперпаратиреоїдизму. Дітям та підліткам призначаються пероральні препарати, тому що внутрішньовенне їх введення вимагає обережності в період росту. Дитяча доза складає 1 мг на 1 кг маси тіла на добу, 3 дні, кожних 6 місяців.

В результаті такого лікування Е.Н. Котовій та А.А. Титовій [2004], вдалося добитися задовільного косметичного та функціонального ефекту.

Злоякісні пухлини носа та параназальних синусів

Захворюваність на злоякісні пухлини в Україні стабільно підвищується на 2,6-3,0% в рік.

Злоякісні пухлини носа та параназальних синусів займають близько 0,5% у статистиці онкологічної захворюваності. В 2002 році на 100 тис. населення України захворюваність на злоякісні пухлини цієї локалізації складала 0,59, вперше виявлено 287 хворих. Для порівняння у Білорусі в тому ж році вона складала – 0,7, виявлено 70

хворих. В Росії виявлено вперше 832 хворих, захворюваність складала 0,6. В США щорічно діагностується 2000 хворих на рак порожнини носа та параназальних синусів.

В Україні найнижчий рівень захворюваності на дану патологію відмічено в Харківській області – 0,24, найвищий в Чернігівській – 1,13.

Локалізація пухлин в носі та параназальних синусах, які уявляють собою систему вузьких тонкостінних порожнин, багаті на нерви, кровоносні та лімфатичні судини, сприяє росту та швидкому розповсюдженню на суміжні утворення, що значно утруднює лікування і приводить в багатьох випадках до смерті [6].

Серед чинників, які є причиною злоякісного росту у цій ділянці, відмічають деревесний пил, продукти переробки нафти, професії, пов'язані з впливом сильнодіючих сполук – бензоли, луки, кислоти, нікелеві руди, лаки та куріння. Із факторів, котрі сприяють росту цих пухлин, також відмічають хронічні захворювання – риніт, поліпозний гайморит, етмоїдит, фронтит, вірусні агенти. Вірус Епштейн-Бара вважається етіологічним чинником злоякісних лімфом, папіломовірус 11, 16 типу, за даними В.Ф. Лисицина [4] спричиняє виникнення перехідноклітинного раку та папілом в ділянці епітелію носа.

В більшості випадків хвороба вражає людей працездатного віку. Ранні клінічні прояви у осіб з пухлинами цієї локалізації незначні і тому хвороба частіше виявляється у III – IV стадіях, коли вже руйнуються стінки порожнин та є проникнення у суміжні анатомічні ділянки.

Згідно даним більшості авторів, найбільш часто злоякісні пухлини локалізуються у верхньощелепній пазусі (75-80%), на другому місці – клітини решітчатого лабіринту і порожнина носа (10-15%), рідше вражається клиновидна і лобна пазухи (1-2%) [5].

При лікуванні осіб зі злоякісними пухлинами носа та параназальних синусів застосовуються хірургічні, променеві та хіміотерапевтичні методи, однак результати залишаються незадовільними, тоді як кількість хворих на цю патологію не зменшується.

Слід відзначити, що палітра морфологічних форм злоякісних пухлин носа та параназальних синусів різноманітна. Більшість з них мають епітеліальну природу, серед яких плоскоклітинний рак займає від 70 до 80%, рідше зустрічається залозистий рак (аденокарцинома, муциозна аденокарцинома, аденокістозна карцинома – циліндрома), мукоепідермоїдна карцинома, недиференційований рак. Згідно даних Е.С. Огольцової [5], різні форми рака виявляються у 60%, саркоми – у 25%, цистаденоїдна карцинома (циліндрома) – у 10-15%.

Базальноклітинний рак виникає частіше на різних ділянках шкіри носа. Також до базальноклітинних злоякісних новоутворень належить трихоепітеліома.

Серед пухлин сполучнотканинного та іншого походження зустрічаються: рабдоміосаркома, фібросаркома, гемангіосаркома, хондросаркома, гемангіоперицитома, гемангіоендотеліома злоякісна, естезіонейробластома; гематобластози: злоякісна лімфома, лимфогрануло-матоз, гематосаркома – пухлина Беркіта. Меланома спостерігається у 2-3% злоякісних пухлин даної локалізації. Найчастіше вона знаходиться в порожнині носа. Особливістю цієї пухлини є вміст пігменту меланіну, але спостерігаються і амеланотичні форми. Пухлина характеризується поліморфізмом. Все ж переважають саркоматозні форми. До ранніх симптомів належить кровотеча і утруднення дихання. Меланома дає метастази в 60% в шийні лімфовузли.

Хордами ростуть із ската (основи черепа). Таким чином вони є вторинні і ростуть із зачатків спинної струни – нотохорди (в нормі повністю відсутньої). Пухлина нагадує хрящову тканину. При спонтанному рості вона має виключно злоякісний характер. Гістологічно структура доброякісної і злоякісної хордами ідентичні. Але після видалення пухлини вона часто рецидивує і рецидиви набувають злоякісного характеру та можуть метастазувати [2].

Клініка

Клінічні прояви злоякісних пухлин залежать від стадії захворювання локалізації, форми росту а також морфологічної будови новоутворення.

Симптоми: 1. біль. Різко проявляються при локалізації у верхній щелепі за ходом n. trigeminus. При локалізації пухлини або її проростанні в ділянку крилопіднебінної ямки з'являється стріляючий біль в області очного яблука або скроні, віддаючий у вухо, що вказує на подразнення n.auriculo-temporalis. За даними [6], біль як перша ознака захворювання спостерігався у 17% хворих.

1. Порушення носового дихання. При локалізації пухлини в носі подібні скарги відмічено у 62,8% пацієнтів. Не скаржились на розлад носового дихання хворі, у котрих пухлина не поширилась за межі параназальних синусів, або ті, у яких пухлина росла в бік щоки, вискової кістки, альвеолярного відростка, орбіти.

2. Виділення із носа. Частіше вони бувають односторонніми слизистогнійними з домішками крові.

3. Головний біль різного характеру, нерідко з різними парестезіями в ділянці обличчя на боці пухлини. Часто в таких випадках діагностуються невралгії. Якщо вони не піддаються лікуванню, треба завжди пам'ятати про можливий розвиток злоякісного захворювання.

4. Біль в області зубів, деформація обличчя, носа, слъзотеча, порушення нюху, екзофтальм, деформація твердого і м'якого піднебіння – ці симптоми можуть в різній мірі зустрічатись при злоякісних пухлинах носа та параназальних синусів.

Злоякісні пухлини слизової оболонки *верхньощелепної пазухи* довгий час перебігають без симптомів. Клінічні прояви залежать від висхідного пункту і розмірів новоутворення. Пухлини виникають на усіх стінках пазухи, з верхньомедіальної частини пазухи швидко визивають кровотечу, набряк повік, слъзотечу, екзофтальм, при рості вперед вони проростають передню стінку і тоді у ділянці щоки їх можна визначити пальпаторно. При рості донизу пухлина проростає тверде піднебіння, змінює його конфігурацію. Вростання новоутворення з медіальної стінки в порожнину носа утруднює дихання та призводить до утворення поліпів. Якщо пухлина росте переважно в напрямі задньої стінки з проростанням в крилопіднебінну ямку, носову частину гло-

тки, то вона визиває біль, ірадіюючий у скроню, вухо та орбіту.

Коли пухлина руйнує орбітальну стінку, процес поширюється на клітковину орбіти, що проявляється екзофтальмом, зниженням гостроти зору та диплопією.



Мал.1. Пухлина верхньощелепної пазухи з поширенням в орбіту.

Злоякісні пухлини *решітчастого лабіринту*. Ізольовані ураження клітин решітчастого лабіринту спостерігаються біля 10% випадків.

При поширенні пухлин в бік орбіти руйнується тонка стінка останньої і спостерігається проростання пухлини в орбіту (мал. 2).



Мал. 2

Із клітин решітчастого лабіринту новоутворення, крім того, можуть розповсюджуватись в верхньощелепну, клиновидну пазухи, передню та середню черепну ямку, носову частину глотки.

Пухлини *клиновидної (основної) пазухи*. Первинний рак цієї локалізації зустрічається крайне рідко. Як правило, це пухлини, які проникають з верхньощелепної пазухи чи решіток. Найбільш ранні симптоми – очні найчастіше ураження відводящого нерва, рідше – зниження зору. Хворі звертаються за допомогою до окуліста або невропатолога. Характерний орбітально-верхівочний синдром (ураження судин і нервів, котрі проходять через зоровий отвір і верхньоорбітальну щілину), порушення зору, аж до сліпоти, птоз, диплопія, біль в потилично-висковій та потиличній областях.

Пухлини *лобної пазухи* зустрічаються рідко і мають симптоматику при ураженні, яке не виходить за межі синуса, схожу на симптоми хронічного фронтиту. В останні роки КТ та МРТ дозволяють диференціювати це захворювання з мукоцеле, остеомієлітом, синуситом та менінгіою. Симптоматика залежить від напрямку росту пухлини. Проростання вниз і медіально призводить до проникнення в орбіту, решітчатий лабіринт, з'являється екзофтальм, проростання дозад – вражається передня черепна ямка, тоді можливий різкий головний біль, судо-

ми, психічні порушення. Проникнення новоутворення через передню стінку призводить до припухлості, зміни кольору шкіри в лобній області голови.

Лікування хворих зі злоякісними пухлинами носа та параназальних синусів залежить від трьох чинників: локалізації, гістологічної форми, стадії захворювання.

У Міжнародній класифікації ракових пухлин по системі TNM останнього видання наводиться класифікація тільки верхньощелепного та решітчастого синусів.

Т-первинна пухлина

T_x – недостатньо даних для оцінки первинної пухлини.

T_0 – первинна пухлина не виявляється.

T_{is} – carcinoma in situ.

Верхньощелепний синус.

T_1 – пухлина обмежена слизовою оболонкою порожнини без ерозії та деструкції кістки.

T_2 – пухлина спричиняє ерозію або деструкцію кістки, за виключенням задньої стінки порожнини, але включає розповсюдження на тверде піднебіння або середній носовий хід.

T_3 – пухлина розповсюджується на будь яку із структур: кістка задньої стінки порожнини верхньощелепної пазухи, підшкірні тканини, шкіру щоки, нижню або медіальну стінку орбіти, підскроневу ямку, крило-піднебінну ямку і решітчатий синус.

T_4 – пухлина розповсюджується на орбіту за межі нижньої або медіальної її стінок, включаючи верхівку і (або) будь яку із наступних структур: основу черепа, носову частину глотки, основну пазуху, лобну пазуху.

Решітчастий синус.

T_1 – пухлина обмежена решітчастою пазухою без деструкції кості або з деструкцією.

T_2 – пухлина розповсюджується в порожнину носа.

T_3 – пухлина розповсюджується на передню частину орбіти і (або) верхньощелепну пазуху.

T_4 – пухлина з внутрішньочерепним поширенням, розповсюдженням на орбіту, з ураженням основного і (або) лобного синуса, і (або) шкіри носа.

N – регіонарні лімфатичні вузли

N_x – недостатньо даних для оцінки стану регіонарних лімфатичних вузлів.

N_1 – метастази в одному гомолатеральному вузлі до 3 см в найбільшому вимірі.

N_2 – метастази в одному гомолатеральному вузлі до 6 см найбільшого розміру чи численні метастази в гомолатеральних лімфатичних вузлах, кожен з яких не перевищує 6 см найбільшого розміру, або білатеральні, чи контралатеральні метастатичні лімфатичні вузли розмірами до 6 см у найбільшому розмірі.

N_{2a} – метастази в гомолатеральному вузлі до 6 см найбільшого розміру.

N_{2b} – численні метастази в гомолатеральних вузлах, кожен з яких не перевищує 6 см найбільшого розміру.

N_{2c} – білатеральні чи контралатеральні метастатичні вузли розміром до 6 см.

N_3 – метастази в лімфатичних вузлах розміром більше 6 см.

M – віддалені метастази

M_x – недостатньо даних для визначення віддалених метастазів

M_0 – немає ознак віддалених метастазів.

M_1 – виявлено віддалені метастази.

Післяхірургічна патогістологічна класифікація (визначається після хірургічного лікування)

Категорії pT, pN, pM відповідають категоріям T, N, M визначених під час хірургічного лікування та гістологічного дослідження препарату.

G – гістопатологічна градація

G_x – ступінь диференціровки встановити неможливо.

G_1 – висока ступінь диференціровки.

G_2 – середня ступінь диференціровки.

G_3 – низька ступінь диференціровки.

G_4 – недиференційована пухлина.

Інші характеристики

В тих випадках, коли хірургічне втручання було проведено після інших методів попереднього лікування, перед описанням pTNM ставиться префікс “у”, наприклад уpT₃pN₁, pM₀.

Символ r. При класифікації рецидивів по системі TNM або pTNM перед вказаними

вище символами ставиться буква г.

Категорії M_1 і pM_1 віддалені метастази відмічаються:

легеневі – pul
кістковомозкові – mar
кісткові – oss
плевральні – ple
печінкові – hep
шкірні – ski
мозкові – bra
очні – eye
лімфатичні вузли – lym
інші – ath

Групування за стадіями

Стадія 0 $T_{is} N_0 M_0$

Стадія I $T_1 N_0 M_0$

Стадія II $T_2 N_0 M_0$

Стадія III $T_{1-2} N_1 M_0$ $T_3 N_0 M_0$

Стадія YIA $T_4 N_{0-1} M_0$

Стадія YIB будь-яке $T N_{2-3} M_0$

Стадія YIC будь-яке $T N_{0-3} M_1$.

Лікування хворих зі злоякісними пухлинами носа та параназальних синусів на сучасному етапі проводиться в умовах спеціалізованих онкологічних закладів у зв'язку з необхідністю коректного визначення гістологічної форми, розповсюдження пухлини та оптимального вибору лікувальної тактики. Слід відмітити, що хворі на цю патологію потребують особливої уваги. Лікування навіть при початкових стадіях повинно бути комбінованим. Комплексним – при III стадії ракових пухлин даної локалізації та при поширених враженнях інших гістологічних форм пухлин. Згідно наказу міністра охорони здоров'я, тепер розробляються протоколи лікування злоякісних пухлин всіх локалізацій, котрі, при їх узгодженні, будуть обов'язковими для виконання лікарями на усій території України.

Комбінація променевої терапії СОД (сумарною осередковою дозою) 40-50 Гр перед операцією та хірургічне видалення – загально поширений метод лікування ракових пухлин носа та параназальних синусів, за винятком карцином слизової оболонки T_1 , коли можливий монометод лікування. Як уже зазначалось, метастази пухлин даної локалізації складають приблизно 20% з усіх випадків. При метастатичних вузлах хворим показана радикальна (N_2) або консервативна (N_1) шийна дисекція. Для пацієнтів, яких

можливо оперувати, згідно рекомендаціям Національного канцер інституту США, радикальна хірургія проводиться на першому етапі з метою видалення тканини пухлини і покращення дренажу враженого синуса або синусів. Надалі призначається променева терапія. Деякі автори [8, 9, 10] після 40-50 Гр, при регресії більше 50%, продовжують телегаматерапію до повної дози (для хворих з II-III стадіями) та оперують через 4-6 тижнів. Проте аналіз клінічних результатів вказує на труднощі при визначенні чіткої межі пухлини під час операції якщо променева терапія проведена до повної дози [12]. В.С. Процик [7] рекомендує призначити осередкову дозу 50-60 Гр на пухлину з регіонарною хіміотерапією попередньо з наступним хірургічним втручанням через 3-4 тижні.

Слід відмітити, що мають бути чітко визначені та обгрунтовані показання до операції. Деструкція основи черепа (передньої та середньої черепної ямки), кавернозного синуса або криловидного відростка, інфільтрація слизової оболонки носової частини глотки або нерезектабельні лімфовузли є відносними протипоказаннями для хірургії. Хірургічні доступи включають сублабіальний (Денкера) або зовнішній підхід з видаленням маси пухлини з наступною променевою терапією чи блок резекцією з телегаматерапією після операції. Комбінований краніофасціальний доступ використовують з резекцією dna передньої черепної ямки разом з нейрохірургами при інтракраніальному рості пухлини. При проникненні пухлини в мозок виконується резекція твердої мозкової оболонки з видаленням пухлини, а також подальшою пластикою дефекту широкою фасцією стегна. Видалення вмісту орбіти (екзентерацію) виконують, коли пухлина екстенсивно проникає в орбіту. Динамічне спостереження за пацієнтами особливо важливе в перші 2 роки захворювання, тому що близько у третини з них під час цього періоду розвиваються вторинні первинні пухлини у верхніх дихальних шляхах та глотці і стравоході.

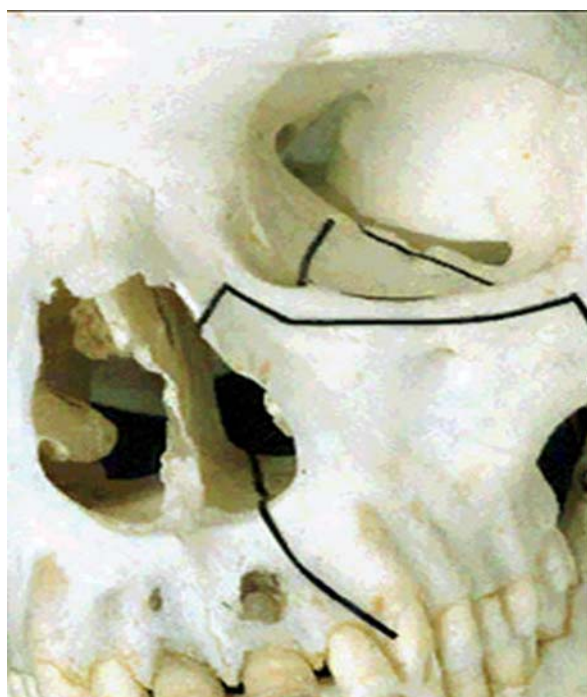
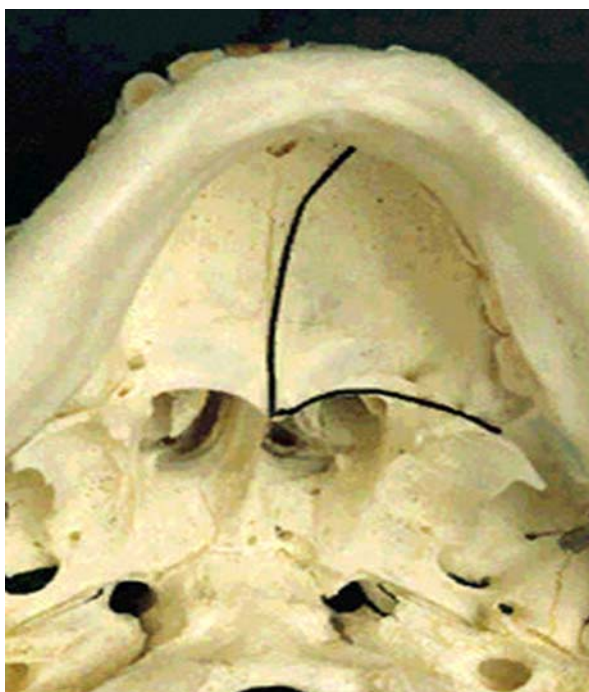
Хірургічні методи лікування

В.О. Калина (1979) поділяє хірургічні операції на дві групи: 1) із зовнішнім доступом – резекція верхньої щелепи (Діфенбах-

Вебера, ринотомія за Муром, Прейзінгом; 2) через порожнину рота (сублабіальний доступ) – Денкера, Зимонта, Ружа.

При розповсюджених пухлинах верхньощелепної пазухи після проведеного хіміопроменевого лікування хірургічне втручання виконують в необхідному об'ємі залежно від наявності пухлини (від резекції різних стінок і частин верхньої щелепи до розширених резекцій з навколишніми тканинами і органами).

Схема розтинів при резекції верхньої щелепи показана нижче на малюнку.



Мал. 3.

В залежності від стадії ракових пухлин, гістологічної форми та локалізації проводиться вибір тактики лікування. Так, у хворих при малих ракових пухлинах верхньощелепної пазухи можливе хірургічне лікування з післяопераційною променевою терапією 40-50 Гр. Для малих пухлих поро-

жнини носа однаково ефективні променева терапія та хірургічні втручання. Пухлини решітчастих синусів часто діагностуються в занедбаних стадіях, тому, якщо можливо, проводять передні краніофасціальні резекції з видалення пухлини або паліативну променево терапію. Новоутворення основної та лобної пазух малих розмірів лікуються комбінованим методом. При проростанні в череп визначають можливість краніофасціальних резекцій з видаленням пухлини. У хворих з I стадією ракових пухлин перегородки носа проводиться хірургічне видалення, тоді як ураження латеральної або верхньої стінки порожнини носа раковою пухлиною на першому етапі вимагає променевої терапії [12, 13]. При меланомах і саркомах, локалізованих в порожнині носа та параназальних синусах, деякі автори рекомендують, якщо можливо, хірургічне видалення. Комплексне лікування: хірургічне втручання, променева і хіміотерапія проводиться при рабдоміосаркомі. У хворих на пухлини вестибулярного відділу носа при зовсім малих ураженнях можливе хірургічне видалення або опромінення [14, 15].

При III стадії ракових пухлин решітчастого лабіринту у нашій клініці проводять комплексне лікування: регіонарну хіміотерапію двома препаратами (5-фтор-урацил + платидіам) з одночасним або відстроченим (в залежності від стану пацієнта) променевим лікуванням СОД 40-50 Гр. Хірургічне втручання проводять через 3-4 тижні. При усіх випадках III стадії виконують ринотомію за Муром з розтином шкіри впродовж схилю носа від внутрішнього кута ока з об'ємленням носа: після відсепаровки м'яких тканин в обидва боки від розрізу шкіри про-

водять резекцію носової кістки, лобного відростка верхньої щелепи, слезової кістки, клітин решітчастого лабіринту. Видаляють пухлину з порожнини носа, основної пазухи, решіток. При поширені пухлини доверху відкривають лобну пазуху. До недавнього часу ми проводили обов'язкову екзентерацію орбіти при деструкції однієї з її стінок. Тепер ми більш бережно відносимося до вмісту орбіти при збереженні зору і можливості видалення пухлини в межах здорових тканин. Ясна річ, що при інвазії пухлини в орбіту і втраті зору необхідно робити доповнюючі розрізи шкіри із або без збереження повік. При поширенні пухлини на тверде піднебіння або альвеолярний відросток з руйнуванням кісткових стінок виконують класичну резекцію верхньої щелепи. Регіонарні метастази видаляють одним із методів шийної дисекції. Для пухлин решітчастого синусу III стадії, згідно рекомендацій деяких авторів (16, 17, 18), необхідне хірургічне втручання (краніо-фасціальна резекція з видаленням пухлини), а також з наступною післяопераційною телегаматерапією.

Хворі на злоякісні пухлини носа та параназальних синусів IV стадії захворювання у більшості випадків підлягають паліативному хіміопроменевому або симптоматичному лікуванню. У деяких випадках попередня регіонарна хіміотерапія + телегаматерапія сприяє зменшенню пухлини і можливому її хірургічному видаленню: резекції верхньої щелепи, екзентерації орбіти, видалення зовнішнього носа, краніофасціальних доступів з видаленням пухлини. В подальшому такі хворі потребують тривалої реабілітації (пластика, екзопротези).

1. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – Медицина, 1983. – 416 с.
2. Козлова А.В., Калина В.О., Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР-органов. – М.: Медицина, 1979. – 352 с.
3. Котова Е.Н., Титова А.А. Новые подходы к лечению фиброзной дисплазии верхней челюсти. – Доктор «Ру», Интернет, 2004.
4. Лисицын В.Ф. Индикация ДНК вируса папилломы человека при кондиломатозе гениталий, папилломатозе гортани и мочевого пузыря, а также в опухолях этих органов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2002. – 14 с.
5. Огольцова Е.С. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. – М.: Медицина, 1984. – 224 с.

6. Шварц Б.А. Злокачественные новообразования ЛОР-органов. – М.: Медгиз, 1961. – 356 с.
7. Шалимов С.А. (ред.). Справочник по онкологии. – К.: Здоров'я, 2000. – 560 с.
8. Schantz SP, Harrison LB, Forastiere AA: Tumors of the nasal cavity and paranasal sinuses, nasopharynx, oral cavity, and oropharynx // *Cancer: Principles and Practice of Oncology*. DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds.: Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins, 2001. – P. 797-860.
9. Laramore GE, ed.: *Radiation Therapy of Head and Neck Cancer*. – Berlin: Springer-Verlag, 1989.
10. Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, et al.: *Comprehensive Management of Head and Neck Tumors*. – New York: W.B. Saunders Company, 1986.
11. Fowler JF, Lindstrom MJ: Loss of local control with prolongation in radiotherapy // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 23 (2): 457-67, 1992.
12. Hawkins RB, Wynstra JH, Pilepich MV, et al.: Carcinoma of the nasal cavity – results of primary and adjuvant radiotherapy // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 15 (5): 1129-33, 1988.
13. Ang KK, Jiang GL, Frankenthaler RA, et al.: Carcinomas of the nasal cavity // *Radiother. Oncol.* – 24 (3): 163-8, 1992.
14. Levendag PC, Pomp J: Radiation therapy of squamous cell carcinoma of the nasal vestibule // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* – 19 (6): 1363-7, 1990.
15. Wong CS, Cummings BJ: The place of radiation therapy in the treatment of squamous cell carcinoma of the nasal vestibule. A review // *Acta Oncol.* – 27 (3): 203-8, 1988.
16. Kraus DH, Sterman BM, Levine HL, et al.: Factors influencing survival in ethmoid sinus cancer // *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.* – 118 (4): 367-72, 1992.
17. Cant G, Solero CL, Mariani L, et al.: Anterior craniofacial resection for malignant ethmoid tumors--a series of 91 patients // *Head Neck.* – 21 (3): 185-91, 1999.
18. Shah JP: Surgery of the anterior skull base for malignant tumors // *Acta Otorhinolaryngol. Belg.* – 53 (3): 191-4, 1999.

Надійшла до редакції 10.12.06.

© Е. Лукач, Ю. Серезко, Ю. Терницька, 2006