

УДК 616.216-006.52-031.73:[616.216+616.327.2  
DOI: 10.24061/1727-0847.20.1.2021.06

**О. Г. Плаксивий, І. В. Калуцький, О. О. Мазур**

*Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м. Чернівці*

## ВИПАДОК МАЛІГНІЗАЦІЇ ГІГАНТСЬКОЇ ІНВЕРТОВАНОЇ ПАПІЛОМИ НОСА

**Резюме.** Інвертована перехідно-клітинна папілома (папілома Шнейдера) – рідкісна доброякісна пухлина, що становить близько 0,5% всіх новоутворень носа. Зазвичай одностороння, рецидиви пухлини можуть виникати через 5-10 років. Клінічний випадок свідчить про гігантські розміри новоутворення, проростання інвертованої папіломи в приносіві пазухи, малігнізацію процесу і метастазування пухлини, про що не описано раніше. Основним методом лікування для попередження рецидивування є радикальне хірургічне втручання, можливо з перев'язкою зовнішньої сонної артерії.

**Ключові слова:** інвертована перехідно-клітинна папілома, приносіві пазухи, носоглотка, малігнізація.

Інвертовані папіломи (ІП) – місцем росту яких є слизова оболонка порожнини носа і біляноскових пазух, відносно рідко виявляються в літературі під різними назвами [1-3]. Основна локалізація росту ІП – бічна стінка носа в ділянці середньої носової раковини, звідки пухлина може прорости в приносіві пазухи. Процес, як правило, однобічний [2-4]. Описані спорадичні випадки ізольованого враження лобної, клиноподібної, верхньощелепно-ї пазухи, носоглотки, перегородки носа [4, 5].

Інвертована перехідно-клітинна папілома (син.: циліндроклітинна папілома, папілома Шнейдера, епітеліальна папілома, сосочкова фіброепітеліома, папілома з респіраторного епітелію) – рідкісна, але характерна для порожнини носа і його синусів доброякісна пухлина, що становлять близько 0,5% всіх новоутворень носа [2-4]. Називається у зв'язку з властивістю до інвагінації плоского епітелію у вигляді широкої стрічки в сполучну тканину. Вони відомі також під назвою циліндроклітинні папіломи. Часто трапляються у чоловіків, переважно на п'ятому-шостому десятилітті життя. Пацієнти зазвичай скаржаться на закладеність носа, виділення, носові кровотечі, біль в ділянці лицевого нерва. Пухлина може рости і в різних напрямках, руйнуючи стінку пазух та піднебіння, стінки очниці або кістки основи черепа [1, 2, 6]. За гістологічними характеристиками пухлина відноситься до доброякісних, але рецидивує і володіє здатністю до експансивно-узуруючого росту [3-5]. Рецидиви пухлини можуть виникати через 5-10 років. Рецидивні ІП мають виражену тенденцію до підвищення агресивності і дають більш високий відсоток рецидивів після видален-

ня ніж первинні пухлини [3, 4]. Приблизно у 5% хворих інвертована перехідно-клітинна папілома здатна перетворюватися на рак після довголітнього доброякісного перебігу [5]. У 7-13% випадків в тканині ІП виявляються вогнища, які містять ракові клітини, хоча серед патоморфологів не має єдиної точки зору, чи це є наслідком малігнізації, чи одночасного розвитку процесів. ІП мають деструктивний ріст, рецидивують та малігнізуються, метастази спостерігаються рідко [1, 3-5].

У ЛОР відділення ОКЛ з 1995 року на лікуванні з приводу інвертованої папіломи було всього 12 хворих. У зв'язку з рідкісністю даної патології наводимо випадок малігнізації ІП з клінічної практики.

Хворий Д., 52 роки, поступив в ЛОР-відділення ОКЛ з діагнозом інвертована папілома лівої половини носа з скаргами на утруднене носове дихання, головні болі, зниження нюху, погане самопочуття. При передній риноскопії ліва половина носа заповнена поліпоподібними утвореннями. Дихання через праву половину носа відсутнє, зліва помірно утруднене. При задній риноскопії визначається утворення, що закриває повністю праву та частково ліву хоану. Перед поступленням амбулаторно при ендоскопії носа проведена біопсія, під час якої була помірна кровотеча, що потребувала пухкої тампонади носа. Результат гістологічного дослідження – інвертована папілома.

На рентгенограмі БНП – тотальне затемнення лівої гайморової, лобної пазухи та гратчастого лабіринту. На КТ біляноскових пазух на серіях нативних аксіальних сканів товщиною зрізу 1,0 мм субтотально: у лівому носовому ході відмічається

ся вміст, що виповнює його з дрібними міхурцями повітря в структурі без деструкції носової перегородки. У лівій гайморовій пазусі тотально (із значним витонченням медіальної стінки) та в комірках решітчастого лабіринту (субтотально зліва) та в лобній пазусі зліва (тотально) вміст щільністю

+22од.Н. Пневматизація інших пазух не порушена. Пневматизація середнього вуха та соскоподібних паростків обабіч не порушена. Заключення: КТ картина утворення лівого носового ходу, лівобічного гемісинуситу (рисунок). Рекомендовано КТ контроль в динаміці, консультація отоларинголога.

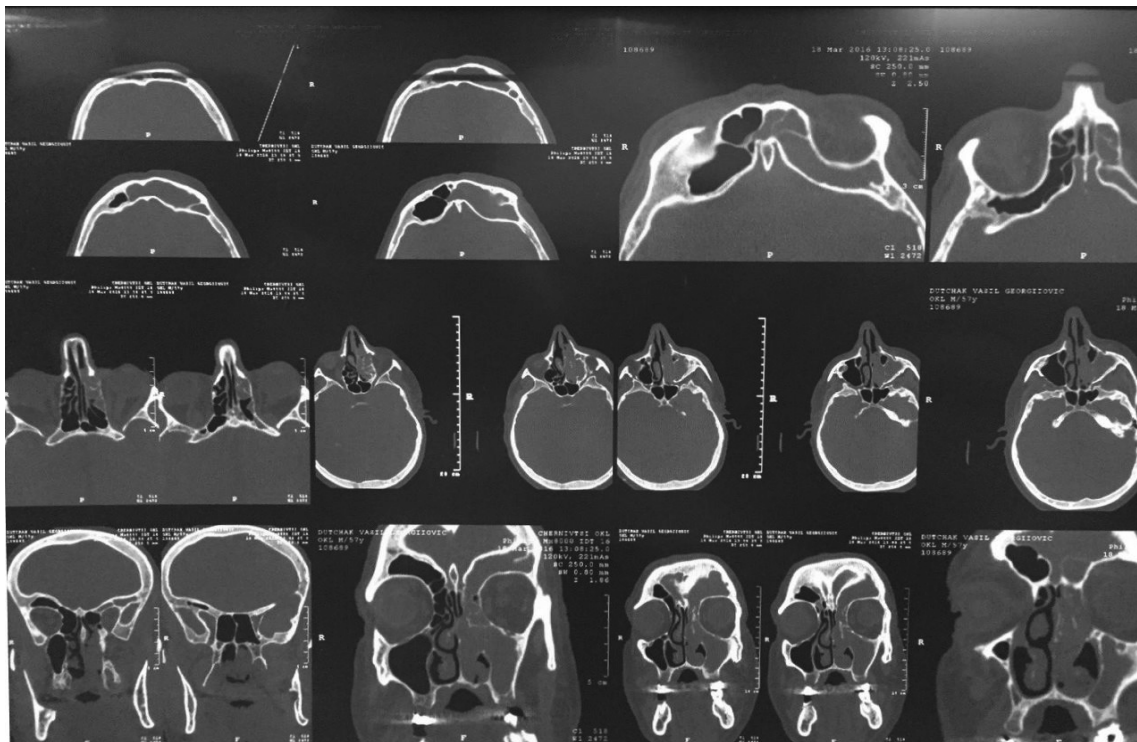


Рисунок. Комп'ютерна томографія голови

Враховуючи діагноз, дані гістологічного заключення та той факт, що при біопсії виникла кровотеча, хворому була рекомендована гайморотомія за Денкером з попередньою перев'язкою зовнішньої сонної артерії.

Під в/в комбінованим наркозом з інтубацією трахеї проведено перев'язку зовнішньої сонної артерії зліва і гайморотомію зліва за Денкером. Розріз шкіри по передньому краю лівого грудниноключично-соскоподібному м'язу від кута верхньої щелепи довжиною 10,0-12,0 см. М'які тканини тупо і гостро розшаровані, груднино-ключично-соскоподібний м'яз відтягнуто дозад, зовнішня лицева вена прошита, оголено судинно-нервовий пучок. Тупим шляхом виділена зовнішня сонна артерія, проведено лігатури під нею між а. thyroidea superior та а. linqualis і перев'язано. Пошарово накладено шви на рану, дренаж, асептична пов'язка. Виконано розріз м'яких тканин по перехідній складці верхньої губи зліва від другого великого кутнього зуба через вуздечку до протилежного клика. М'які тканини відсепаровані з окістям в ділянці f. canina до грушоподібного отвору (apertura piriformis). Распатором Кілліана відшарована сли-

зова оболонка з окістям на всьому протязі бічної стінки носа під нижньою носовою раковиною. Оголена передня стінка гайморової пазухи, боковий край apertura piriformis, бічна стінка носа під нижньою носовою раковиною. Гайморова пазуха розкрита в ділянці f. canina, в пазусі виявлено пухлиноподібне утворення. Лицева стінка широко видалена, видалено краї грушоподібного отвору і присередня стінка пазухи під нижньою носовою раковиною. Слизова оболонка бічної стінки носа вирізана і видалена. Пухлиноподібне утворення видалено єдиним блоком, кровотеча помірна, гемостаз. Ліва половина носа, порожнина гайморової і решітчастої пазухи та носоглотка утворили єдину порожнину, визначається залишок пухлини з боку лобної пазухи. Шви на рану. Передня тампонада носа справа з тампоном за Мікулічем. Ускладнень під час операції не було.

Видалене новоутворення відправлене на патогістологічне дослідження. Післяопераційний період – без ускладнень. В післяопераційному періоді хворий отримувач антибактеріальну, гемостатичну терапію, анальгетики, холод на щоку на один день, щоденні перев'язки, риноендоскопічний контроль.

У задовільному стані хворий виписаний додому з рекомендацією оглядів у динаміці 1 раз на 7-10 днів, але результатів патогістологічних заключень видалених тканин під час операцій ще не було отримано, так як у нас результат планової гістології отримуємо через три-чотири тижні.

Хворий амбулаторно оглянутий через 1 місяць, стан задовільний, післяопераційні порожнини чисті. Через 2 тижні після останнього огляду хворий звернувся з скаргами на болі в шиї, припухлість м'яких тканин шиї. Проведено УЗД дослідження органів шиї, консультований щелепнолицевим хірургом – патології не виявлено. Консультований нейрохірургом, так як турбували болі в ділянці шийного відділу хребта та з'явилась загальна слабкість, нездужання та призначено хворому КТ шийного відділу хребта та ОГК. На КТ шийного відділу хребта та ОГК – новоутворення верхньої частки лівої легені метастатичного харак-

теру та mtx в III шийний хребець. У подальшому хворий був направлений для лікування в обласний онкологічний диспансер.

**Висновок:** Особливістю даного клінічного випадку є рідкість патології, гігантські розміри новоутворення, проростання інвертованої папіломи в гайморову, решітчасту та лобну пазухи, кровотеча під час біопсії, проведення операції Денкера з попередньою перев'язкою зовнішньої сонної артерії, мінімальна крововтрата під час операцій, малігнізація процесу і метастазування пухлини, хоча за даними літератури рецидивування є частим, а малігнізація і метастазування виявляється вкрай рідко.

Хірургічний радикальний метод лікування є єдиним методом боротьби з рецидивами. Після видалення всіх поліпів носа рекомендується їх обов'язкове всебічне гістологічне дослідження у зв'язку з можливою малігнізацією.

#### Список використаної літератури

1. Абизов РА. Онкоотоларингологія. Лекції. Київ. Книга плюс. 2001. 272 с.
2. Мустафаев ДМ, Свистушкин ВМ, Самбулов ВИ, Цагадаева СБ, Носова ОА, Ратова АВ, и др. Инвертированная папиллома левой половины носа с распространением в лобную пазуху. Российская оториноларингология. 2009;4:92-7.
3. Козлова АВ, Калина ВО, Гамбург ЮЛ. Опухоли ЛОР-органов. Москва. Медицина. 1979. 352 с.
4. Пачес АИ. Опухоли головы и шеи. Москва. Медицина. 1983. 416 с.
5. Лукач Е, Сержко Ю, Терницька Ю. Пухлини носа та параназальних синусів. Ринологія. 2006;4:3-13.
6. Еланцев БВ. Оперативная отоларингология. Алма-Ата. 1959. 471 с.

#### References

1. Abyzov RA. Onkootolarynhologhiia. Leksii [Oncootolaryngology. Lectures]. Kiev. Knyha plus. 2001. 272 p. (in Ukrainian).
2. Mustafaev DM, Svistushkin VM, Sambulov VI, Tsagadaeva SB, Nosova OA, Ratova AV, i dr. Invertirovannaya papilloma levooy poloviny nosa s rasprostraneniem v lobnyuyu pazukhu [The inverted papilloma of the left half of nose with distribution to a frontal bosom]. Russian otorhinolaryngology. 2009;4:92-7. (in Russian).
3. Kozlova AV, Kalina VO, Gamburg Yu L. Opukholi LOR-organov [Tumors of the ENT organs]. Moscow. Meditsina. 1979. 352 p. (in Russian).
4. Paches AI. Opukholi golovy i shei [Head and neck tumors]. Moscow. Meditsina; 1983. 416 p. (in Russian).
5. Lukach E, Serezhko Yu, Ternyts'ka Yu. Pukhlyny nosa ta paranazal'nykh synusiv [Tumors of the nose and paranasal sinuses]. Rhinology. 2006;4:3-13. (in Ukrainian).
6. Elantsev BV. Operativnaya otolaringologiya [Operative otolaryngology]. Alma-Ata. 1959. 471 p. (in Russian).

#### СЛУЧАЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ГИГАНТСКОЙ ИНВЕРТИРОВАННОЙ ПАПИЛОМЫ НОСА

**Резюме.** Инвертированная переходно-клеточная папиллома (папиллома Шнейдера) – редкая доброкачественная опухоль, составляет около 0,5% всех новообразований носа. Обычно односторонняя, рецидивы опухоли могут возникать через 5-10 лет. Клинический случай свидетельствует о гигантских размерах новообразования, прорастание инвертированной папилломы в околоносовые пазухи, малигнизацию процесса и метастазирования опухоли, о чем не было описано ранее. Основным методом лечения для предупреждения рецидивирования является радикальное хирургическое вмешательство, возможно с перевязкой наружной сонной артерии.

**Ключевые слова:** инвертированная переходно-клеточная папиллома; околоносовые пазухи; носоглотка; малигнизация.

### **CASE OF MALIGNATION OF GIANT INVERTED PAPILLOMA OF THE NOSE**

**Abstract.** Inverted transitional cell papilloma (Schneider papilloma), a rare benign tumor, accounts for about 0.5% of all neoplasms of the nose. Usually unilateral, recurrences of the tumor can occur after 5-10 years. The clinical case testifies to the gigantic size of the neoplasm, the germination of the inverted papilloma into the paranasal sinuses, the malignancy of the process and the metastasis of the tumor, which was not previously described. The main treatment for preventing recurrence is radical surgery, possibly with ligation of the external carotid artery.

**Key words:** inverted transitional cell papilloma; paranasal sinuses; nasopharynx; malignancy.

*Відомості про авторів:*

**Плаксивий Олександр Григорович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці;

**Калуцький Ігор В'ячеславович** – кандидат медичних наук, доцент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці;

**Мазур Ольга Олександрівна** – кандидат медичних наук, асистент кафедри дитячої хірургії та отоларингології Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці.

*Information about the authors:*

**Plaksyvyi Oleksandr H.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi;

**Kalutskyy Ihor V.** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi;

**Mazur Olga O.** – Candidate of Medical Sciences, Assistant of the Department of Pediatric Surgery and Otolaryngology of the Bukovinian State Medical University, Chernivtsi.

Надійшла 09.07.2021 р.