

**ISSN: 2308-6513****E-ISSN: 2310-3434****Founder: Academic Publishing House Researcher****DOI: 10.13187/issn.2308-6513**

Has been issued since 2013.

**European Journal of Medicine**

UDC 61

**Role of Chronic Polypous Rhinosinusitis in Contraction of Cancer of Nasal Cavity and Paranasal Sinuses**<sup>1</sup> Mikhail Yu. Vereshchagin<sup>2</sup> Aleksandr U. Minkin<sup>1</sup> Archangel Clinical Oncology Dispensary, Russian Federation  
Oncologist

E-mail: vermischell@mail.ru

<sup>2</sup> Northern State Medical University, Russian Federation

Dr. med. Sciences, Associate Professor

E-mail: alexcandr-minkin@yandex.ru

**Abstract.** There is a growing number of patients with malignant tumors of nasal cavity and paranasal sinuses. Majority of patients with this pathology are hospitalized with III-IV cancer stages. There is no tendency to decrease the advanced stage of cancer. The efficiency of patients' treatment can be increased by early diagnostics. The main reason of delayed diagnostics is insufficient oncologic alarm in primary health care. While the background prodromic cancer processes are morphologically detected in 56.7 % of patients, the issues of treatment policy during cavity and paranasal sinuses premalignancy are still unsettled. Chronic polypous rhinosinusitis is one of the most frequent background process of cancer of nasal cavity and paranasal sinuses. Rhinosinusitis morbidity is high; the growth of its incidence is 2–4 % per year in the last decade. There are few works, considering polypous rhinosinusitis as premalignant condition.

**Keywords:** paranasal sinuses; chronic polypous rhinosinusitis; premalignant condition.

**Введение.**

Заболеваемость злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух в Архангельской области в 2010 году составила 0,72 на 100 тыс. населения [1], что выше, чем в Российской Федерации, Европе (0,65) и в мире (0,45) [2]. В России этот показатель с 2002 по 2007 гг. возрос у мужчин на 5,2 %, а у женщин на 19,9 % [2]. Вместе с тем, финансовые затраты на лечение онкологического больного (включая лекарственные средства) на 50 % превышают аналогичные затраты на соматического пациента [3]. Опосредованного снижения стоимости лечения можно достичь предупреждением возникновения опухоли, её ранним выявлением [4].

Повышение эффективности лечения больных со злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух зависит в основном от того, в какой мере будет решена проблема их своевременной диагностики [5]. Однако следует помнить, что ранняя диагностика злокачественных новообразований представляет определенные трудности, в связи со сходством начальных проявлений заболеваний с доброкачественными опухолями, воспалительными и другими патологическими процессами. Одним из наиболее частых фоновых процессов развития злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух является хронический полипозный риносинусит [6]. Известны лишь единичные работы, рассматривающие его как предраковое заболевание [6, 7, 8].

Давность заболевания, распространенность процесса, внешний вид опухоли не являются достаточно надежным критерием для установления диагноза. Малые размеры

опухоли полости носа и околоносовых пазух, узость носовых ходов, особенно в задних и средних отделах полости носа, частые искривления носовой перегородки, локализация опухолей в пределах околоносовых пазух, маскировка ринитами и синуситами, высокий глоточный рефлекс, недостаточная информативность рентгенограмм – основные причины ошибок в диагностике опухолей данной локализации [9, 10, 11].

Для выполнения задач Национальной онкологической программы необходимо продолжение работы по совершенствованию и внедрению в практику эффективных скрининговых программ, направленных на активное выявление предопухолевых заболеваний и ранних стадий злокачественных новообразований [12]. Вышеизложенное актуально, так как нерешенными остаются вопросы лечебной тактики при предопухолевых заболеваниях полости носа и околоносовых пазух, ранней диагностики злокачественных новообразований полости носа и околоносовых пазух, не уточнены «группы повышенного риска» их развития, не определены факультативные и облигатные предраковые заболевания данной локализации, нет современной классификации предраковых процессов полости носа и околоносовых пазух.

Таблица 1

### Распределение больных с учетом применяемых методов и целей исследования

Критерии оценки	Группы больных	
	I гр. (n=58)	II гр. (n=182)
Общая характеристика группы	Доброкачественные полипозные изменения полости носа и околоносовых пазух	Рак полости носа и околоносовых пазух
Цель исследования	Оценка частоты выявления предраковых изменений, развившихся на фоне полипозного риносинусита	Оценка частоты выявления ПРС на фоне рака полости носа и околоносовых пазух
Методы лечения	Традиционные, модифицированные щадящие и радикальные операции	Специальные методы лечения злокачественных опухолей (химиотерапия, лучевая терапия, оперативное лечение)

#### Материалы и методы исследования.

В основу настоящей работы был положен анализ данных, полученных в результате ретроспективного изучения (1980–2000 гг.) и проспективного анализа (2001–2010 гг.) амбулаторных карт, историй болезни, цитологических и гистологических препаратов 240 пациентов с предраковыми заболеваниями и злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух, находившихся на обследовании и лечении в Архангельском областном клиническом онкологическом диспансере. В зависимости от характера заболевания все больные были разделены на 2 группы (табл. 1): I гр. включала 58 больных (27 мужчин и 31 женщина), у которых имелись доброкачественные полипозные новообразования полости носа и околоносовых пазух; II гр. состояла из 182 пациентов (110 мужчин и 72 женщины) с раком полости носа и околоносовых пазух.

#### Результаты исследования.

В I гр. преобладали пациенты возрастной группы 40–59 лет – 31 человек. Средний возраст больных составил  $45,6 \pm 2,3$  лет, мужчин –  $50,8 \pm 2,6$ , женщин –  $41,2 \pm 3,4$ . У мужчин отмечалось наибольшее число заболевших в возрастной группе 60–69 лет (22,2%). Преимущественно заболевали пациенты трудоспособного возраста – 47 человек (81,0%),

активное выявление и адекватное лечение, которых необходимо в целях эффективной профилактики развития злокачественных опухолей к периоду пенсионного возраста. Соотношение городских и сельских жителей среди больных составило 3,5:1,0. 60,3 % пациентов обращались за медицинской помощью в сроки до 12 месяцев, из них в срок до 6 месяцев – 37,9 %. Лишь 26 пациентов (44,8 %) обратились за медицинской помощью в максимально короткие сроки (1–2 мес.) после ухудшения состояния. Длительность заболевания и сроки ухудшения были больше у женщин, чем у мужчин, вопреки распространенному мнению, более своевременного их обращения. До момента обращения не наблюдались, не обследовались и не лечились 10 (17,2 %) больных. Наблюдались и получали консервативное противовоспалительное лечение по поводу полипозного риносинусита и его осложнений у ЛОР-врача 12 пациентов (20,7 %), хирургическое – 6 (10,3 %); у онколога – 2 (3,6 %), у других узких специалистов – 2 (3,6 %). В 45 случаях (77,6 %) в онкологический диспансер больных направлял оториноларинголог, самостоятельно обратились 4 (6,9 %) пациента.

Локальные поражения были у 17 (29,3 %) больных, сочетанные – у 41 (70,7 %). При локальных поражениях преобладало (70,6 %) наличие патологического процесса в верхне-челюстной пазухе, при сочетанных поражениях превалировало поражение трех зон (37,9 %), что сопровождалось распространением поражения на лобную пазуху, решетчатый лабиринт или полость носа. Односторонние поражения встречались у 87,9 % больных; двусторонние – чаще выявлялись у мужчин (14,8 %), чем у женщин (9,7 %). Ранее оперированные пациенты, поступившие с рецидивами полипозного процесса, составили 24,16 %. Наиболее распространенным, проведенным ранее оперативным лечением являлась интраназальная полипотомия - полипэктомия, которая 3 пациентам она была проведена 3 раза и более. Двум больным была выполнена попытка эндоскопической микро-гайморотомоидэктомии, которая в 1 случае не была закончена в связи с выраженным интраоперационным кровотечением, а в другом – в связи макроскопическим подозрением на злокачественную опухоль верхне-челюстной пазухи.

Самым частым видом оперативного лечения в онкологическом диспансере явилась электрогайморотомоидэктомия (82,9 %), которая у 2 (4,3 %) пациентов осложнилась рецидивом. Всем больным, в обязательном порядке, проведено гистологическое исследование операционного материала в полном объеме. Полипы были диагностированы у 38 пациентов (65,5 %), несколько чаще у мужчин, чем у женщин. По особенностям морфологического строения выделяли следующие типы полипов: железисто-фиброзный (в 16 случаях), фиброзно-отёчный (в 15), ангиоматозный (в 5), железистый (в 1), аллергический (в 1). У 29 пациентов полипы сопровождалась дисплазией тяжелой степени (в 20 случаях), плоскоклеточной метаплазией (в 4), изъязвлением (в 4), кистой (в 1) На фоне полипов в 69,0% выявлена дисплазия тяжелой степени.

Во II гр. средний возраст больных составил  $54,0 \pm 1,5$  лет, причем у мужчин –  $51,3 \pm 1,8$  года, женщин –  $57,6 \pm 1,4$  лет. Преобладали пациенты возрастной группы 40–59 лет – 91 человек (50,0 %). Пациенты трудоспособного возраста составляли 62,1 %, а пенсионного – 37,9 %. Соотношение городских и сельских жителей среди больных составило 1,2:1,0. Первично злокачественная опухоль располагалась в верхне-челюстной пазухе (65,9 %), решетчатом лабиринте (15,5 %), полости носа (15,5 %), лобной пазухе (1,6 %), носоглотке (1,0 %), основной пазухе (0,5 %). Рак полости носа и околоносовых пазух в зависимости от гистологического строения классифицировался следующим образом: плоскоклеточный – 107 (58,8 %) случаев, веретенноклеточный – 33 (18,2 %), железистый – 21 (11,5 %), недифференцированный – 21 (11,5 %). В качестве фонового процесса у пациентов с раком придаточных пазух и полости носа хронический гайморит с дисплазией тяжелой степени был выявлен у 37 больных, полипозный риносинусит – у 35, переходно-клеточная папиллома – у 10, сочетание полипозного риносинусита с переходно-клеточной папилломой у 4, киста – у 1, лейкоплакия – у 1. Плоскоклеточный рак в 60,5 % случаев сочетался с полипозным риносинуситом. При локализации злокачественной опухоли в решетчатом лабиринте в 75,0 % случаях рак сочетался с полипозным риносинуситом.

На основании тщательного анализа операционного материала, мы пришли к заключению, что морфогенез развития злокачественной эпителиальной опухоли на фоне полипозного риносинусита представляет собой 6 последовательных этапов:

– развитие хронического продуктивного воспаления слизистых оболочек придаточных пазух и полости носа, ведущего к возникновению гиперпластического риносинусита;

– образование на фоне аутоиммунных процессов, пролиферативных, воспалительно-аллергических, ангиоматозных, фиброзных полипов – вызывающих клинику полипозного риносинусита;

– формирование, на фоне хронического полипозного риносинусита железисто-фиброзных и аденоматозных полипов, нарастание степени дисплазии железистого эпителия;

– трансформация железистого эпителия через переходно-клеточный эпителий в многослойный плоский эпителий в процессе его метаплазии и образования переходноклеточных, инвертированных и плоскоклеточных папиллом;

– возникновение дисплазии эпителия полипов вплоть до III степени и образования на этом фоне морфологических структур железистого рака; при нарастании степени тяжести дисплазии переходного и плоского эпителия возможно возникновение *c-r in situ*, переходноклеточного, высокодифференцированного плоскоклеточного ороговевающего рака.

– в процессе опухолевой прогрессии возможно формирование структур низкодифференцированного плоскоклеточного неороговевающего или недифференцированного раков.

### Выводы:

1. В структуре предраковых заболеваний полости носа и околоносовых пазух преобладают в 65,5 % случаев полипозные процессы с преобладанием железисто-фиброзного типа полипов (в 42,1 %) в сочетании с дисплазией тяжелой степени (в 69,0 %).

2. В качестве фонового процесса у пациентов со злокачественными эпителиальными опухолями полости носа и околоносовых пазух в 44,3 % выявлен полипозный риносинусит, который у 60,5 % больных сопровождался плоскоклеточным раком – самой частой морфологической формой при данной локализации.

3. При формировании «группы повышенного риска», с позиций онкологической настороженности более внимательно следует подходить к пациентам с односторонними объемными процессами полости носа и околоносовых пазух, сочетанными поражениями и рецидивирующим течением полипозного процесса.

4. При оперативном лечении предраковых заболеваний полости носа и околоносовых пазух, в объем удаляемых тканей необходимо включать слизистую решетчатого лабиринта, которая в 75,0 % сопровождается полипозным процессом.

### Примечания:

1. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2010 году (заболеваемость и смертность). М.: МНИОИ им. П. А. Герцена, 2012.

2. Подвязников С.О., Пачес А.И., Таболинская Т.Д. Клинические рекомендации. Мат. научн. конф. «Диагностика и лечение злокачественных опухолей слизистой оболочки полости носа и придаточных пазух». Архангельск, 2011.

3. Трапезников Н.Н., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. М.: РОНЦ им. Н.Н. Блохина, 2001.

4. Ильницкий А.П. Первичная профилактика рака: место и роль в противораковой борьбе // Информационный бюллетень «Первичная профилактика рака». 2005. № 1. 6.

5. Кожанов Л.Г., Шацкая Н.Х., Лучихин Л.А. Принципы ранней диагностики злокачественных новообразований ЛОР-органов // Вестник оториноларингологии. 2008. № 5. 7–10.

6. Минкин А.У. Комплексная диагностика и лечение предраковых заболеваний и злокачественных опухолей верхней челюсти, полости носа и придаточных пазух. Архангельск, 2011.

7. Абдуллаев Б.А. Некоторые особенности лечения впервые диагностированного полипозного риносинусита // Российская ринология. 2010. № 4. 12–16.

8. Артамонова А.В., Вихлянов И.В., Лазарев А.Ф. Случай ранней диагностики и лечения рака верхней челюсти. Онкохирургия. 2011. IV международный конгресс «Опухоли головы и шеи» Байкал 2011, 2–4 сентября: с. 13.

9. Пальчун В.Т. Оториноларингология. Национальное руководство М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
10. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 2000.
11. Чиссов В.И., Дарьялова С.А. Избранные лекции по клинической онкологии. М.: Медицина, 2000.
12. Чиссов В.И., Старинский В.В. Ход реализации мероприятий по совершенствованию онкологической помощи населению России // Российский онкологический журнал. 2011. № 4. 4–7.

### References:

1. Chissov V.I., Starinskii V.V., Petrova G.V. Zlokachestvennye novoobrazovaniya v Rossii v 2010 godu (zabolevaemost' i smertnost'). М.: MNI OI im. P. A. Gertsena, 2012.
2. Podvyaznikov S.O., Paches A.I., Tabolinovskaya T.D. Klinicheskie rekomendatsii. Mat. nauchn. konf. «Diagnostika i lechenie zlokachestvennykh opukholei slizistoi obolochki polosti nosa i pridatochnykh pazukh». Arkhangel'sk, 2011.
3. Trapeznikov N.N., Aksel' E.M. Statistika zlokachestvennykh novoobrazovaniy v Rossii i stranakh SNG. М.: RONTs im. N.N. Blokhina, 2001.
4. Il'nitskii A.P. Pervichnaya profilaktika raka: mesto i rol' v protivorakovoi bor'be // Informatsionnyi byulleten' «Pervichnaya profilaktika raka». 2005. № 1. 6.
5. Kozhanov L.G., Shatskaya N.Kh., Luchikhin L.A. Printsipy rannei diagnostiki zlokachestvennykh novoobrazovaniy LOR-organov // Vestnik otorinolaringologii. 2008. № 5. 7–10.
6. Minkin A.U. Kompleksnaya diagnostika i lechenie predrakovykh zabolevaniy i zlokachestvennykh opukholei verkhnei chelyusti, polosti nosa i pridatochnykh pazukh. Arkhangel'sk, 2011.
7. Abdullaev B.A. Nekotorye osobennosti lecheniya v pervye diagnostirovannogo polipoznogo rinosinusita // Rossiiskaya rinologiya. 2010. № 4. 12-16.
8. Artamonova A.V., Vikhlyanov I.V., Lazarev A.F. Sluchai rannei diagnostiki i lecheniya raka verkhnei chelyusti. Onkokirurgiya. 2011. IV mezhdunarodnyi kongress «Opukholi golovy i shei» Baikal 2011, 2–4 sentyabrya: s. 13.
9. Pal'chun V.T. Otorinolaringologiya. Natsional'noe rukovodstvo М.: GEOTAR-Media, 2009.
10. Paches A.I. Opukholi golovy i shei. М.: Meditsina, 2000.
11. Chissov V.I., Dar'yalova S.A. Izbrannye lektsii po klinicheskoi onkologii. М.: Meditsina, 2000.
12. Chissov V.I., Starinskii V.V. Khod realizatsii meropriyatii po sovershenstvovaniyu onkologicheskoi pomoshchi naseleniyu Rossii // Rossiiskii onkologicheskii zhurnal. 2011. № 4. 4–7.

УДК 61

### **Роль хронического полипозного риносинусита в возникновении злокачественных эпителиальных опухолей околоносовых пазух и полости носа**

<sup>1</sup>Михаил Юрьевич Верещагин

<sup>2</sup>Александр Узбекович Минкин

<sup>1</sup>ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер», Россия врач-онколог  
163045, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 145, корп. 1

E-mail: vermischell@mail.ru

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», Россия

доктор мед. наук, доцент

163000, г. Архангельск пр-т Троицкий, 51

E-mail: alexandr-minkin@yandex.ru

**Аннотация.** Отмечается рост заболеваемости злокачественными опухолями полости носа и околоносовых пазух. Абсолютное большинство пациентов поступают на лечение с

III–IV ст. Тенденции к снижению показателя запущенности не наблюдается. Повышение эффективности лечения больных зависит от своевременной диагностики. Основной причиной поздней диагностики является недостаточная онкологическая настороженность врачей поликлиник. Нерешенными остаются вопросы лечебной тактики при предопухолевых заболеваниях полости носа и околоносовых пазух, в то время как фоновые процессы, предшествовавшие развитию рака, морфологически выявляются у 56,7 % больных. Одним из наиболее частых фоновых процессов развития рака полости носа и околоносовых пазух является хронический полипозный риносинусит. Распространённость риносинусита высока, в течение последних десяти лет отмечается рост его инцидентности на 2–4 % в год. Встречаются лишь единичные работы, рассматривающие полипозный риносинусит как предраковое заболевание.

**Ключевые слова:** злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух, полипозный риносинусит, предрак.