

## АНТРОХОАНАЛЬНЫЙ ПОЛИП У РЕБЕНКА

**Д. Крюкова,**

**К. Зырянова,** кандидат медицинских наук,

**А. Белошангин,** кандидат медицинских наук,

**И. Дубинец,** кандидат медицинских наук,

**А. Коркмазов**

Южно-Уральский государственный медицинский университет,  
Челябинск

**E-mail:** kirazyryanova@mail.ru

*Рассмотрены ошибки в диагностике антрохоанального полипа у ребенка 12 лет, тактика комплексной диагностики и лечения данной патологии в детском возрасте.*

**Ключевые слова:** оториноларингология, антрохоанальный полип, диагностика антрохоанальных полипов, детский возраст.

Первое сообщение об антрохоанальном полипе было сделано G. Killian в 1906 г. Он описывал хоанальный полип как доброкачественное новообразование, исходящее из слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и распространяющееся в направлении к задним отделам полости носа (ПН) и в хоану.

По современным представлениям [8], антрохоанальный полип является продолжением кистозно измененной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи; обычно он исходит из области задних дополнительных соустьев, сообщающихся верхнечелюстную пазуху со средним носовым ходом. Благодаря анатомическим особенностям ПН направление роста антрохоанального полипа — от задней части среднего носового хода через хоанальное отверстие в носоглотку. Заболевание практически во всех случаях носит односторонний характер [3].

Антрохоанальные полипы встречаются сравнительно редко. Их следует считать самостоятельным заболеванием, несмотря на некоторое сходство с двусторонним полипозом носа по клиническим проявлениям и в определенной мере — по патогистологическому строению, так как они имеют разные этиологические и патогенетические механизмы развития [3].

В литературе имеются сообщения о хоанальных полипах, растущих из клиновидной пазухи. Как казуистический случай описан даже хоанальный полип, исходящий из лобной пазухи [9].

По классификации, представленной С.З. Пискуновым [8], в зависимости от формирования ножки полипов в анатомических структурах ПН и околоносовых пазухах, а также от локализации полипа хоанальные полипы подразделяют на антрохоанальные (растущие из верхнечелюстной пазухи или из края ее соустья) и сфенохоанальные (исходящие из основной пазухи). Наиболее часто в клинической практике встречаются антрохоанальные полипы. В литературе имеются сведения и о других разновидностях хоанальных полипов, унификация которых позволяет добавить в нозологию также септо- и конхохоанальные полипы [2–4]. Хоанальные полипы всех разновидностей имеют одинаковую клиническую

и гистологическую картину. Внешне эта доброкачественная опухоль имеет вид полипа на ножке, который растет в направлении глотки. Хоанальный полип отличается от слизистых полипов ПН большей плотностью и может имитировать фиброму носоглотки. Однако он не кровоточит и не обладает экстенсивным ростом. По строению это — псевдокистозное образование беловато-серого цвета овоидной формы, которое полностью заполняет носоглотку и вызывает затруднение носового дыхания и тубарные нарушения слуха [2].

Диагностика антрохоанального полипа у взрослых не представляет особых трудностей. Диагностику обеспечивают типичная клиническая картина (постоянное одностороннее затруднение носового дыхания) и тщательная риноскопия, дополненная рентгенографией придаточных пазух носа и компьютерной и(или) магнитно-резонансной томографией.

Однако в детском возрасте, особенно в раннем, возникают особые трудности диагностики. Ребенок не может дать объективную характеристику носового дыхания, особенно если оно постепенно ухудшается.

Клиническая картина осложняется присоединением вторичной инфекции и сокрытием антрохоанального полипа под маской острого верхнечелюстного синусита как клинически, так и рентгенологически.

Единственный метод лечения хоанального полипа — хирургический. Удаление хоанального полипа нередко сопряжено с определенными трудностями, зависящими как от большого размера полипа, так и от анатомических особенностей строения ПН. Традиционный метод хирургического лечения хоанального полипа — полипотомия носа. В последнее время в связи с дальнейшим изучением патогенеза заболевания и появлением новых возможностей (видеоэндоскопия, радиохirurgия и др.) хирургическая техника лечения заболевания существенно изменилась [2]. Эндоскопический контроль позволяет полностью удалить не только сам полип, но и ту его часть, которая находится в пазухе [9].

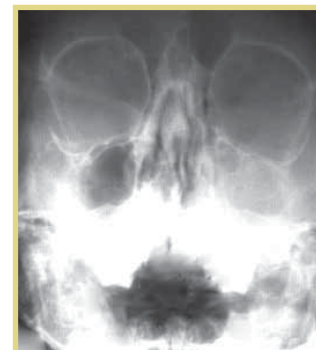
Приводим наблюдение.

*Пациент Г., 12 лет, впервые заболел в июле 2015 г., когда появились слизистые, а затем — слизисто-гнойные выделения из носа, головная боль, возникло затруднение носового дыхания; в течение 3 дней температура тела повышалась до 38,3°C. К врачу не обращался, лечения не получал.*

*28.09.15 обратился к оториноларингологу по месту жительства. По данным осмотра: общее состояние удовлетворительное, слизистая обо-*



**Рис. 1.** Рентгенография придаточных пазух носа от 28.09.15



**Рис. 2.** Рентгенография придаточных пазух носа от 09.11.15

лочка ПН и носовых раковин гиперемирована, отечная; носовая перегородка смещена влево; в носовых ходах — умеренное количество гнойного отделяемого, дыхание носом справа свободное, слева затруднено.

Для подтверждения диагноза верхнечелюстного синусита ребенок направлен на рентгенографию придаточных пазух носа.

Рентгенография придаточных пазух носа (28.09.15; рис. 1): левая верхнечелюстная пазуха субтотально затемнена за счет неомогенной интенсивной инфильтрации слизистой без визуализации уровня. В правой верхнечелюстной пазухе — нежная пристеночная инфильтрация. Контуры клеток решетчатого лабиринта нечеткие. Фронтальные пазухи без патологических теней. Носовая перегородка искривлена влево, носовые ходы сужены.

Заключение: острый левосторонний верхнечелюстной синусит; искривление носовой перегородки.

На основании предъявленных жалоб, клинической картины, данных дополнительных методов исследования поставлен диагноз: острый левосторонний верхнечелюстной синусит.

Назначены антибактериальная, десенсибилизирующая, противовоспалительная, элиминационная, муколитическая терапия [5–7], сосудосуживающие капли в нос, промывание носа по Проетцу №5, общий анализ крови развернутый.

В общем анализе крови: л. —  $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , э. — 3,3%, б. — 0,5%, п. — 1%, с. — 57%, лимф. — 23,5%, мон. — 14,7%, эр. —  $4,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , тр. —  $224 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 2 мм/ч.

09.11.15 выполнена контрольная рентгенография придаточных пазух носа (рис. 2). Рентгенографическая картина без динамики.

При осмотре (09.11.15): носовое дыхание частично затруднено слева, слизистая оболочка ПН и носовых раковин розовая, незначительно отечная, носовая перегородка смещена влево, в среднем носовом ходе — обра-

зование серого цвета, отмечается выраженная назолалия, обоняние сохранено.

Пациент направлен на мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) придаточных пазух носа (рис. 3).

Согласно протоколу исследования, проведенного 15.11.15, на серии томограмм получены изображения лицевого скелета черепа в аксиальной плоскости с реформацией во всех плоскостях. Левая верхнечелюстная пазуха тотально выполнена «жидкостным», достаточно однородным содержимым, которое распространяется через носовой ход в носоглотку; костная деструкция пазухи отсутствует. Лобные пазухи пневматизированы; гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Ячейки решетчатой кости пневматизированы; гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Основные пазухи пневматизированы, гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Правая верхнечелюстная пазуха пневматизирована, гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Определяется искривление костной части носовой перегородки влево.

Заключение: по компьютерно-томографической картине определены синоатриальный полип и воспалительные изменения левой верхнечелюстной пазухи, искривление носовой перегородки.

08.01.16 выполнена МСКТ лицевого скелета (рис. 4). На серии томограмм получены изображения лицевого скелета в аксиальной плоскости с реформацией во всех плоскостях. Левая верхнечелюстная пазуха тотально выполнена достаточно однородным содержимым, размерами  $40 \times 36 \times 39$  мм, распространяющимся в средний и нижний носовые ходы левой половины ПН, носоглотку слева в виде компонента

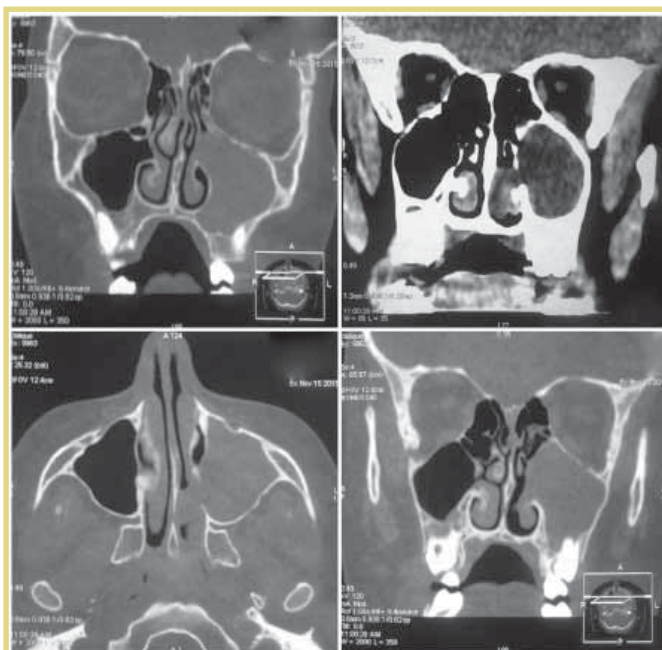


Рис. 3. МСКТ придаточных пазух носа (15.11.15)

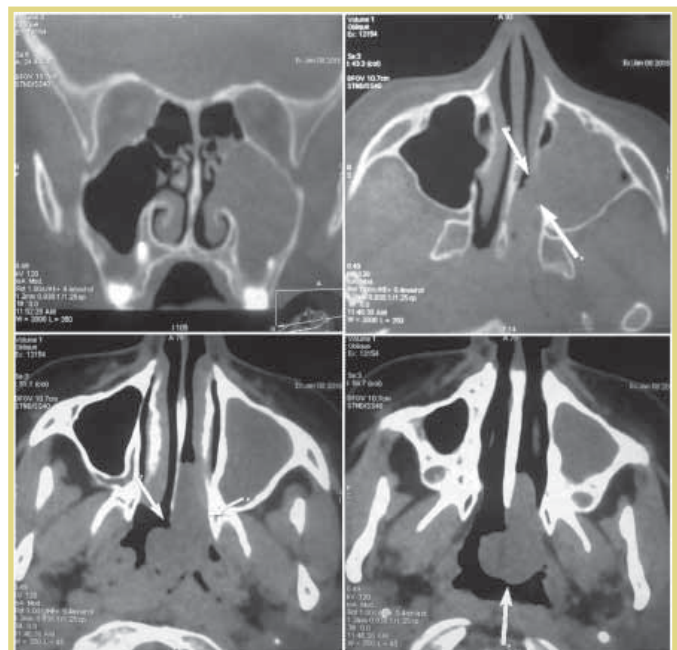


Рис. 4. МСКТ лицевого скелета (08.01.16)

аналогичной плотности, размерами 37×21×20 мм, интимно прилегающего к боковым и нижней стенкам левой половины ПН. При контрастном усилении признака накопления контраста образованием не выявлено. Лобные пазухи пневматизированы; гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения стенок не выявлены. Ячейки решетчатой кости пневматизированы; гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Основная пазуха асимметрична ( $D>S$ ); гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Правая верхнечелюстная пазуха пневматизирована; гипертрофия слизистой, свободная жидкость и деструктивные изменения не выявлены. Определяется искривление костной части носовой перегородки влево.

**Заключение:** компьютерно-томографическая картина объемного образования левой верхнечелюстной пазухи с распространением в левую половину ПН, носолотку (синоназальный полип?).

**Диагноз:** антрохоанальный полип.

Пациент направлен на оперативное лечение в оториноларингологическое отделение клиники Южно-Уральского государственного медицинского университета.

Противопоказаний для оперативного вмешательства не выявлено. Сопутствующая патология: хронический тонзиллит, стадия компенсации, ремиссия; узловой нетоксический зуб.

20.01.16 произведена операция: полипэктомия под эндотрахеальным наркозом. Под контролем эндоскопа фирмы Karl Storz диаметром 4 мм (с углом обзора 0°) с помощью щипцов Блэксли произведено удаление назальной части полипа с ножкой (рис. 5). Размеры удаленного полипа – 2,4×2,3×2,4 см, длина полипа с ножкой – 5,3 см. Для лучшего обзора верхнечелюстной пазухи с помощью изогнутых щипцов и обратного выкусывателя расширено ее соустье. Изогнутыми щипцами через дефект медиальной стенки верхнечелюстной пазухи удалено кистозное образование верхнечелюстной пазухи. При вскрытии кисты – гнойное содержимое. Произведены гемостаз, тампонирование левой половины ПН.

Тампон удален 21.01.16. При осмотре слизистая оболочка левой половины ПН розовая, без кровяных сгустков. Носовое дыхание улучшилось. Назолатия сохраняется. Пациент получал соответствующую терапию. Выписан через 3 дня после оперативного вмешательства.

В послеоперационном периоде назначены элиминационная терапия (1–2 впрыскивания 4 раза в день) и топические стероиды (мометазона фураат по 100 мг

2 раза в день) [1, 5, 7]. Послеоперационный период протекал без осложнений и с положительной динамикой в отношении носового дыхания.

Сегодня отсутствует стандартный протокол диагностики и лечения пациента с антрохоанальным полипом. В некоторых случаях данного заболевания, особенно в детском возрасте, имеют место диагностические ошибки, связанные с затруднением сбора анамнестических данных. Кроме того, эти пациенты обращаются к врачу-оториноларингологу с симптомами, типичными для других нозологий (например, синусит), свойственных данному возрасту. Определенную роль играют высокая нагрузка врача-оториноларинголога в поликлинике. Все это в совокупности увеличивает длительность периода диагностики. Приведенный клинический пример свидетельствует о необходимости повторного рентгенологического исследования после завершения курса лечения в случаях рецидивирующего верхнечелюстного синусита. «Золотой стандарт» диагностики антрохоанального полипа – МСКТ ПН и околоносовых пазух, которая дает точную оценку анатомических особенностей новообразования и позволяет спланировать тактику и сроки хирургического лечения.

## Литература

1. Белощангин А.С. Вариабельность ответной реакции слизистой оболочки полости носа в зависимости от проводимой терапии при полипозном риносинусите // Рос. оториноларингол. – 2012; 6 (61): 12–5.
2. Гюсан А.О., Узденова Р.Х. Выбор хирургической тактики при хоанальном полипе. Мат-лы Межрегиональной научно-практ. конф. оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием «Актуальные вопросы оториноларингологии». Под ред. А.А. Блоцкого / И.: Амурская государственная медицинская академия (Благовещенск), 2016; с. 11–4.
3. Заварский А.В., Заварская М.А. К вопросу о цитологии антрохоанальных полипов // Таврический медико-биологический вестник. – 2013; 4 (64): 58–9.
4. Золотова Т.Е. Структурно-патогенетические аспекты антрохоанальных полипов // Рос. ринолог. – 2015; 23 (1): 29–32.
5. Зырянова К.С. и др. Роль элиминационно-ирригационной терапии в лечении и профилактике заболеваний ЛОР органов у детей // Детская оториноларингология. – 2013; 3: 27–9.
6. Зырянова К.С., Белощангин А.С., Кормазов М.Ю. и др. Применение фитотерапевтического лекарственного препарата в лечении и профилактике рецидивов острых риносинуситов у детей г. Челябинска // Педиатр. вестн. Южного Урала. – 2016; 1: 49–53.
7. Кормазов М.Ю., Белощангин А.С. Состояние мукоцилиарного клиренса и изменения гемодинамики слизистой оболочки носа при полипозном риносинусите в зависимости от проводимой консервативной терапии // Вестник Челябинской областной клинической больницы. – 2013; 3: 76–8.
8. Пискунов С.З., Завьялов Ф.Н., Климов Б.Б. и др. О ринохоанальных полипах // Рос. ринолог. – 2013; 3: 32–4.
9. Селин Е.В. и др. Наблюдение антрохоанального полипа гигантских размеров в молодом возрасте // Вестн. оториноларингол. – 2008; 2: 82–3.

### ANTROCHOANAL POLYP IN A CHILD

**D. Kryukova; K. Zyryanova**, Candidate of Medical Sciences; **A. Beloshangin**, Candidate of Medical Sciences; **I. Dubinets**, Candidate of Medical Sciences, **A. Kormazov**  
South Ural State Medical University, Chelyabinsk

The paper considers errors in the diagnosis of antrochoanal polyp in a 12-year-old child and the tactics of comprehensive diagnosis and treatment of this disease in childhood.

**Key words:** antrochoanal polyp; diagnosis of antrochoanal polyps; childhood.



Рис. 5. Макропрепарат: антрохоанальный полип