

## 2.8. ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНО-НАЗАЛЬНЫЙ ПОЛИП

### Ключевые аспекты

Определение: воспалительный полип, который формируется в верхнечелюстной пазухе и через основное или дополнительное отверстие выпячивается в полость носа

### Лучевая диагностика

#### Общие характеристики

► Наиболее типичный симптом: гантелевидная форма образования с узким перешейком, расположенным в воронке верхней челюсти или дополнительном канале, соединяющем верхнечелюстную пазуху с полостью носа.

► Солитарное полиповидное образование, которое заполняет полость верхнечелюстной пазухи и пролабирует через расширенный верхнечелюстной канал и воронку в расширенный средний ход полости носа.

► Полипы крупных размеров выпячиваются кзади в задний отдел полости носа и носоглотку.

► Имеет типичную КТ- и МРТ-семиотику.

#### КТ-семиотика

► При КТ контрастным усилением в верхнечелюстной пазухе и полости носа с той же стороны определяется объемное образование гантелевидной формы.

► Полип выглядит гиподенсным, компоненты полипа в полости носа и верхнечелюстной пазухи имеют одинаковую плотность.

► Полость носа и верхнечелюстная пазуха могут соединяться через верхнечелюстную воронку или дополнительное отверстие.

► На изображениях во фронтальной плоскости увидеть ножку или среднюю часть «гантели» бывает сложно.

#### МРТ-семиотика

► На T2-ВИ полип дает гиперинтенсивный сигнал, который фактически изоинтенсивен жидкости.

► На T1-ВИ с контрастным усилением признаков накопления контрастного вещества полипом не выявляется.

► На T1-ВИ образование выглядит гипоинтенсивным.

### Рекомендации по лучевой диагностике

► Образование носовой полости оптимально визуализируется при КТ с контрастным усилением на изображениях в аксиальной и фронтальной плоскости.

► Если верхнечелюстно-назальный полип был выявлен при эндоскопическом исследовании, достаточно выполнения КТ верхнечелюстной пазухи с получением срезов в аксиальной плоскости.

### Дифференциальный диагноз

#### Глиома носовой полости

► Объемное образование передней части носовой перегородки или спинки носа.

► Полость носа и верхнечелюстная пазуха свободны.

#### Назальное энцефалоцеле

► Полиповидное образование в полости носа.

► При получении изображений очевидно происхождение образования из полости черепа.

► Имеется дефект продырявленной пластинки.

#### Ювенильная ангиофиброма

► Чаще мальчики с объемным образованием, расположенным в центре задней части хоаны по краю клиновидно-нёбного отверстия; ангиома накапливает контрастное вещество.

► Нередко выпячивается в крыловидно-нёбную ямку.

► Может заполнять верхнечелюстную пазуху, однако такое расположение не является типичным.

#### Рак носоглотки

► Образование слизистой носоглотки с признаками инвазивного роста.

► Нередко сопровождается увеличением лимфатических узлов.

► Верхнечелюстная пазуха и полость носа, как правило, остаются свободны.

### Патоморфология

► Эмбриология и анатомия.

► Пролабирование полипа верхнечелюстной пазухи в полость носа может осуществляться двумя путями: через воронку верхней челюсти и через дополнительное отверстие верхнечелюстной пазухи.

► Этиология и патогенез: воспалительный полип без значительной аллергической реакции.

► Эпидемиология.

► Составляет около 5% всех сино-назальных полипов.

► По частоте встречаемости: верхнечелюстно-назальные >> клиновидно-назальные > решетчатоназальные полипы.

### Макроскопические черты

► На первый взгляд ничем не отличается от других полипов носовой полости, при более детальном рассмотрении удается выявить «ножку», которая направляется в верхнечелюстную пазуху через основное или дополнительное отверстие.

### Микроскопические черты

► Отечная гипертрофия респираторного эпителия верхнечелюстной пазухи с расширением слизистых желез пазухи.

► Иногда в полипе выявляются реактивные атипичные стромальные клетки.

### Клиника

#### Симптоматика

► Наиболее типичное проявление: односторонняя обструкция полости носа.

► Среди других симптомов наличие отделяемого из полости носа, боли в области щеки, головные боли, храп во время сна с развитием апноэ.

► Достигнув больших размеров, полип пролабирует в носоглотку, имитируя ее опухоль.

► Развивается в юношеском и молодом возрасте.

► Мальчики болеют чаще.

► При риноскопии выявляется обструкция носовой полости полипом.

### Течение заболевания

► Выпячивание полипа в полость носа может развиваться в течение нескольких лет.

### Лечение

► Методом выбора является тотальная хирургическая резекция полипа.

► Традиционную гайморотомию в настоящее время заменила эндоскопическая полипэктомия, которая осуществляется через средний носовой ход.

### Прогноз

► При удалении назальной части полипа с сохранением его верхнечелюстного основания стоит ожидать рецидива.

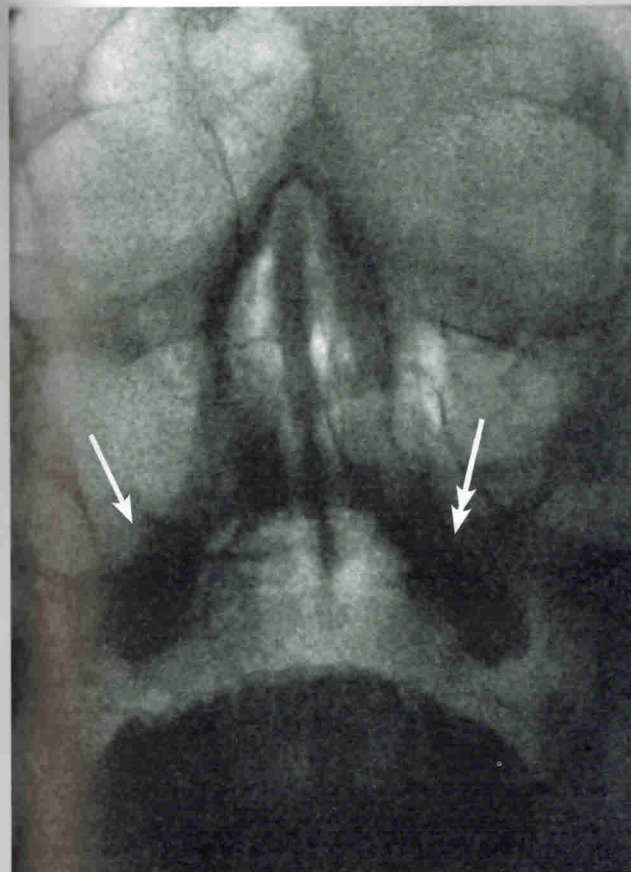
► При тотальном удалении обоих компонентов происходит полное выздоровление.

*Верхнечелюстно-назальный полип представлен на рис. 2.8.*



*Рис. 2.8.1. Полип левой верхнечелюстной пазухи*

На рентгенограмме в носолобной проекции определяется затенение в левой верхнечелюстной пазухе округлой формы с четкими ровными контурами



*Рис. 2.8.2. Полип правой верхнечелюстной пазухи и уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе*

На рентгенограмме в носолобной проекции определяется затенение в правой верхнечелюстной пазухе округлой формы с четкими ровными контурами (стрелка) и снижение воздушности левой верхнечелюстной пазухи с наличием горизонтального уровня жидкости (двойная стрелка)

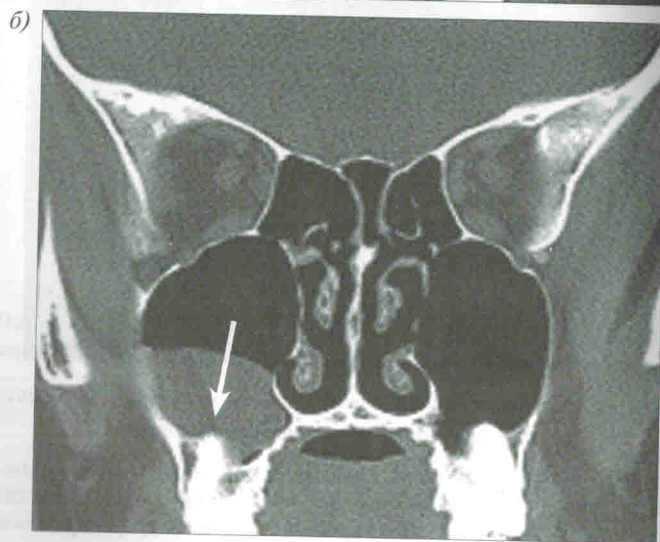
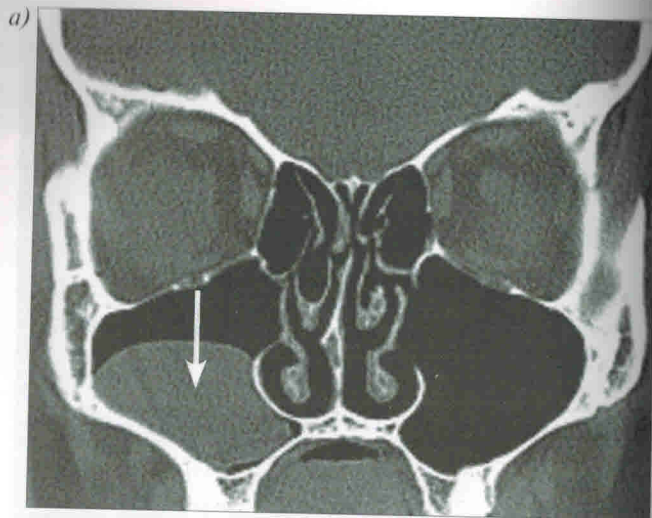
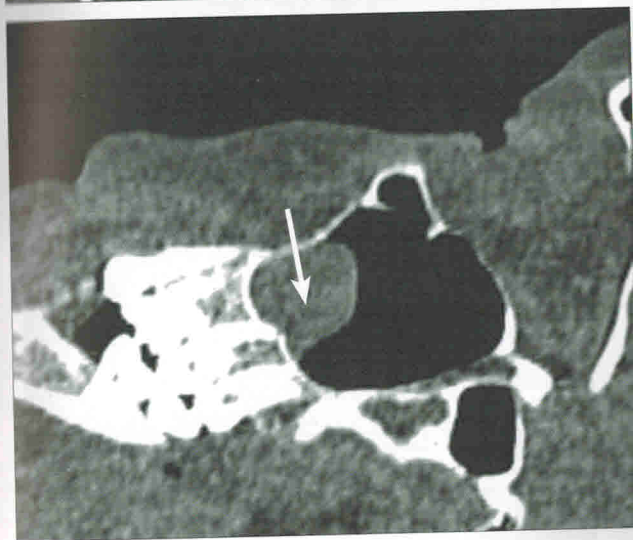
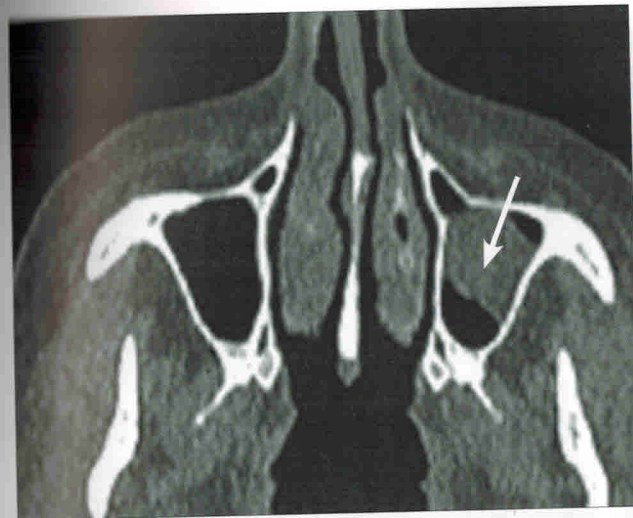


Рис. 2.8.3. Верхнечелюстно-назальный полип

На компьютерных томограммах в аксиальной (а), коронарной (а, б) и косой плоскостях (г) в правой верхнечелюстной пазухе определяется округлое образование с четкими ровными контурами, плотностными показателями 9–16 НУ, однородной структуры (стрелка)



Окончание рис. 2.8.3

## 2.18. АДЕНОКАРЦИНОМА ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

### Ключевые аспекты

Синоним: синоназальная аденокарцинома.

Определение: злокачественная опухоль, формирующаяся из поверхностных слоев эпителия или слизистых желез эпителия.

### Лучевая диагностика

#### Основные характеристики

▶ Наиболее типичный симптом: объемное образование полости носа и/или околоносовых пазух с распространением на решетчатую кость и основание черепа без четких контуров, интенсивно накапливающее контрастный препарат.

▶ Локализация.

▶ Любой отдел полости носа и околоносовых пазух.

▶ Может формироваться в твердом нёбе.

▶ Частота поражения: верхнечелюстная пазуха (50%), носовая полость (30%), лабиринт решетчатой кости (10%), основная пазуха (5–7%), лобная пазуха (3–5%).

▶ Размеры: на поздних стадиях может достигать очень больших размеров.

▶ Морфология: контуры опухоли могут быть как четкими, так и размытыми.

#### КТ-семиотика

▶ КТ без контрастного усиления.

▶ Объемное образование мягкой тканой плотности с четкими или размытыми контурами.

▶ Типично remodelирование или деструкция прилежащих костных структур.

▶ Т с контрастным усилением: диффузно накапливает контрастный препарат; характер накопления может быть неоднородным.

### МРТ-семиотика

▶ T1-ВИ: МР-сигнал средней интенсивности; внутренние участки геморрагий — гиперинтенсивные.

▶ T2-ВИ: интенсивность МР-сигнала от изо- до гиперинтенсивного.

▶ Постконтрастные T1-ВИ: диффузное, неомогенное накопление контрастирующего препарата.

### Рекомендации по лучевой диагностике

▶ Оптимальный метод диагностики: МРТ с контрастным усилением и получением многоплоскостных изображений.

▶ Рекомендации к методике исследования: использование опции подавления сигнала от жировой ткани позволяет лучше визуализировать периневральное распространение опухоли.

### Дифференциальный диагноз

#### Плоскоклеточный рак

▶ Чаще локализуется в верхнечелюстной пазухе, контуры опухоли размытые.

#### Эстезионейробластома

▶ Чаще встречается в подростковом и зрелом возрасте.

▶ Типичная локализация — в области продырявленной пластинки, интенсивно накапливает контрастный препарат.

#### Недифференцированный рак полости носа и околоносовых пазух

▶ По данным методов лучевой диагностики может не отличаться от аденокарциномы.

▶ Агрессивный тип роста с быстрым распространением опухоли.

### Патоморфология

▶ Сolidное образование с четкими или размытыми контурами и признаками местно-инвазивного роста.

► **Этиология:** воздействие древесной пыли, нюхательного табака, работа с кожей, деревообрабатывающие предприятия.

► **Эпидемиология.**

► 20% опухолей носа и околоносовых пазух формируются из эпителиальных желез.

► Аденокарцинома > мукоэпидермоидная карцинома > ацинозноклеточная карцинома > малигнизация плеоморфной аденомы.

### Макроскопические черты

► Плоское или полиповидное экзофитное образование тугоэластической консистенции, грязно-белого или коричневатого-розового цвета.

### Микроскопические черты

► Наиболее часто встречается солитарный тип опухоли.

► *Высокодифференцированный тип:*

- неинкапсулированное образование, состоящее из однотипных железистых структур с участками кистозной перестройки, без оформленной стромы;
- папиллярный вариант: фиброваскулярное ядро, сосочковые разрастания.

► *Низкодифференцированный тип:*

- солидная опухоль с инвазивным типом роста, высокое число митозов, клеточный полиморфизм.

► **Интестинальный (кишечный) тип:** местно-инвазивная опухоль с вариабельным типом роста (папиллярно-тубулярный, альвеолярно-мукоидный, смешанный и др.).

### Клиника

#### Симптоматика

► Наиболее типичные проявления.

► Затруднение носового дыхания, клинически протекает как риносинусит, в связи с чем диагноз, как правило, устанавливается на поздних этапах.

► Прочие симптомы.

► Носовые кровотечения, асимметрия лица, при перинеуральном распространении опухоли — местные боли.

► Клинический профиль: мужчина в возрасте 60 лет с симптомами риносинусита.

### Течение заболевания

► Местный рецидив может развиваться через несколько лет после удаления первичной опухоли.

► Причинами летального исхода обычно являются отдаленные метастазы и распространение опухоли на основание черепа.

### Лечение

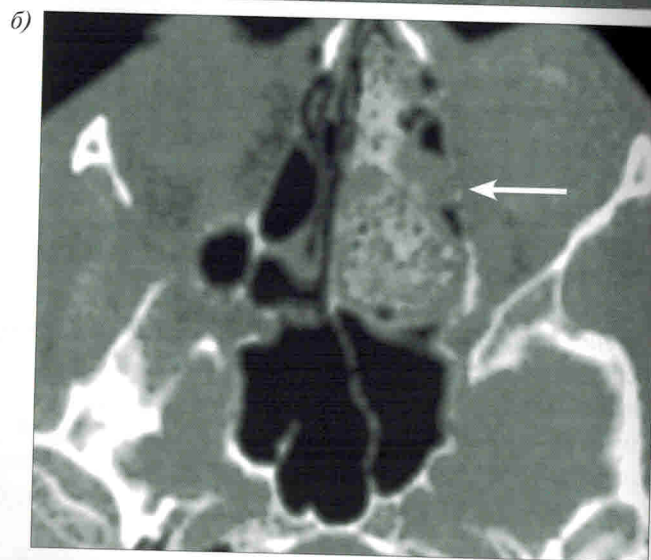
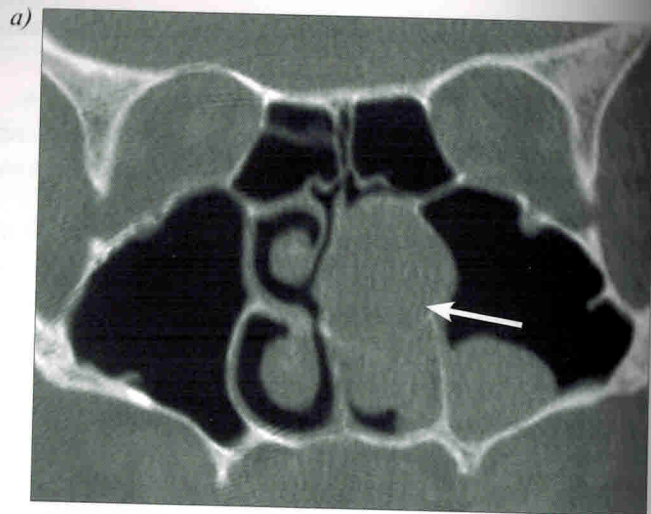
► Радикальное хирургическое удаление опухоли.

► При опухолях высокого гистологического класса и на поздних стадиях опухолевого процесса применяется лучевая терапия.

### Прогноз

► Зависит от гистологического класса опухоли (чем ниже класс, тем лучше прогноз).

Аденокарцинома полости носа и околоносовых пазух представлена на рис. 2.18.



*Рис. 2.18.1. Аденокарцинома левой половины носа*

На компьютерной томограмме в коронарной (а) и в аксиальной плоскостях (б) в левой половине клеток решетчатого лабиринта определяется мягкотканое образование с нечеткими ровными контурами, плотностными показателями 27–56 НУ, неоднородной структуры, неравномерно накапливающее контрастное вещество (стрелки)



*Рис. 2.18.2. Аденокарцинома клеток решетчатой кости справа*

На компьютерной томограмме в аксиальной плоскости определяется объемное образование мягкой плотности (стрелка), занимающее левую половину клеток решетчатого лабиринта. Костные перегородки ячеек решетчатой кости слева не определяются