

Наблюдение оссифицированной кисты верхнечелюстной пазухи

Белорусский государственный медицинский университет

В статье представлено клиническое наблюдение истинной кисты верхнечелюстной пазухи с оссифицированной капсулой. За счет воздействия кисты произошла деструкция передней стенки максиллярного синуса, что потребовало хирургического лечения.

Ключевые слова: киста, верхнечелюстная пазуха, оссификация, иммунодефицит.

В последние годы оториноларингологи все чаще стали сталкиваться со своеобразной патологией – кисты верхнечелюстных пазух. Основную часть пациентов с этим диагнозом составляют лица молодого и среднего возраста. Вероятно, это связано с тем, что при выполнении специализированного медицинского обследования (при поступлении на службу в определенные рода войск, МЧС и др.) в качестве скринингового метода применяется рентгенография околоносовых пазух. Статистические исследования указывают, что за последние 10 лет заболеваемость этой патологией возросла в 3 раза [1].

Киста представляет собой объемное образование, внутри заполненное жидкостью. Различают истинные и ложные кисты. Дифференцировать их можно по наличию внутренней выстилки. Стенка истинных кист толще, чем ложных; имеет внутренний эпителиальный слой, представленный цилиндрическим или кубическим эпителием, который содержит железы, продуцирующие секрет. Образование секрета является фактором, обеспечивающим постоянное увеличение кисты. Кроме истинных, в пазухе могут образовываться псевдокисты (ложные), образующиеся в толще слизистой оболочки пазухи. Механизм образования этих кист ретенционный, за счет закупорки желез и их перерастяжения. Полость кисты заполнена серозной жидкостью янтарного цвета. Размеры кист могут быть разными: от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров, а иногда заполняют всю пазуху. В некоторых случаях стенка кисты может быть представлена костной пластинкой. В литературе описаны единичные случаи оссификации кисты верхнечелюстной пазухи [2,3]. Предрасполагающим фактором для формирования кист является искривление перегородки носа, патология зубочелюстной системы, определенные системные заболевания, воспалительный процесс в пазухе [3]. Некоторые исследования указывают на вторичный иммунодефицит, как на причину формирования кист. Около четверти всех ВИЧ-инфицированных лиц больны хроническим синуситом. А как указано выше воспалительный процесс слизистой оболочки может привести к формированию ложных кист. Существуют единичные публикации, описывающие наблюдения кист околоносовых пазух у пациентов, страдающих вирусным иммунодефицитом [4,5]. Таким образом, этот вопрос требует детального изучения.

Клинически киста верхнечелюстной пазухи чаще протекает бессимптомно и является случайной находкой (при медицинском освидетельствовании). В ряде случаев пациентов с данной патологией могут беспокоить периодические или постоянные головные боли, дискомфорт в скуловой области. При воспалении

кисты возникают симптомы синусита (кистозный, кистозно-гнойный верхнечелюстной синусит).

Основными методами диагностики кист верхнечелюстной пазухи является рентгенография околоносовых пазух, контрастная рентгенография, компьютерная рентгенография, диагностическая пункция [5]. На рентгенограмме киста представляет собой округлое образование с четкими границами. Более информативным способом диагностики является компьютерная томография околоносовых пазух, что позволяет с точностью определить размеры, локализацию кисты, ее плотность, характер внутреннего содержимого.

Тактика лечения кист верхнечелюстных пазух двоякая. При выявлении кисты в качестве «случайной находки» (без клинической симптоматики) возможно как наблюдение в динамике (при незначительных размерах кисты), так и хирургическое лечение. В случае, когда возникают описанные выше жалобы, показано хирургическое лечение – удаление кисты. Классический вариант гайморотомии по Колдуэллу-Люку в настоящее время применяется достаточно редко, благодаря внедрению малоинвазивных эндоскопических технологий. При возникновении кистозного синусита также показано хирургическое лечение. В ЛОР клинике 4 городской клинической больницы им. Н.Е. Савченко (Минск, Беларусь) наблюдали случай кисты с плотной костно-фиброзной оболочкой, развитие которой привело к деструкции передней стенки верхнечелюстной пазухи. Приводим данное наблюдение.

Больной Д., 1972 года рождения поступил в ЛОР-отделение учреждения здравоохранения «4 городская клиническая больница им. Н.Е.Савченко» (Минск, Беларусь) 20.12.09 с жалобами на затрудненное носовое дыхание, тяжесть в области правой верхнечелюстной пазухи, периодически возникающий незначительный отек правой половины лица, выделения из носа гнойного характера. Указанные симптомы беспокоили в течение нескольких месяцев. Лечился амбулаторно неоднократно. При поступлении объективно определяется отек тканей правой скуловой области, пальпация умеренно болезненна. При передней риноскопии слизистая оболочка носа гиперемирована, отечна, в носовых ходах справа отделяемое гнойного характера. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено. На рентгенограмме околоносовых пазух в прямой проекции обнаружено тотальное интенсивное гомогенное снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи (рисунок 1).



Рисунок 1. Рентгенография околоносовых пазух в прямой проекции пациента Д.

При выполнении лечебно-диагностической пункции правого максиллярного синуса получено значительное количество гнойного мутного отделяемого желтого цвета. На основании жалоб больного, анамнеза заболевания, данных объективного осмотра, результатов рентгенологического исследования, диагностической пункции выставлен предварительный диагноз: обострение хронического правостороннего гнойного верхнечелюстного синусита. Данные компьютерной томографии позволили определить деструкцию передней стенки правой верхнечелюстной пазухи, наличие толстостенного образования, которое заполняло весь синус и содержало жидкость (рисунок 2). Капсула объемного образования имела признаки оссификации. Пациенту назначено хирургическое лечение.

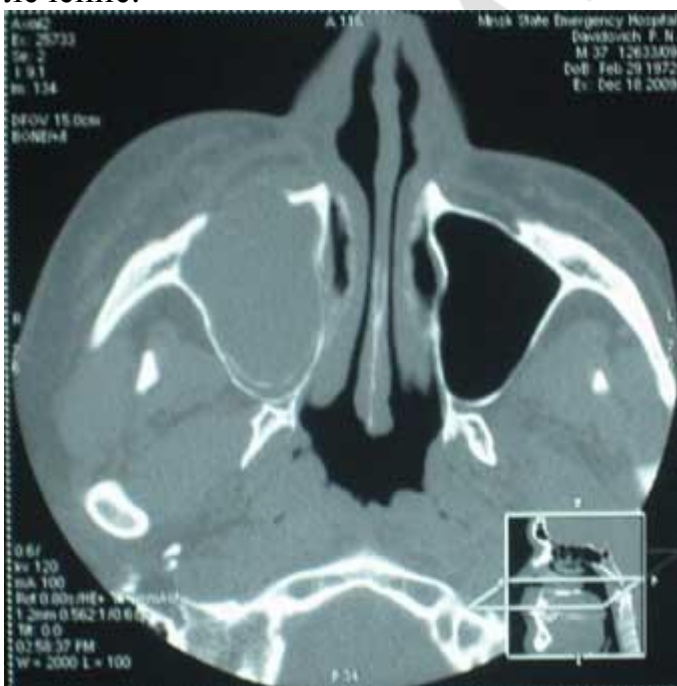


Рисунок 2. Компьютерная томография околоносовых пазух в аксилярной проекции пациента.

22.12.09 под интубационным наркозом выполнена гайморотомия справа. Доступом через преддверие полости рта обнажена клыковая ямка. Обнаружен дефект передней стенки правой верхнечелюстной пазухи размером 1*3 см. Отверстие расширено и выявлено, что всю пазуху занимает округлое образование, заполненное содержимым гнойного характера. Размер образования около 3*4*4 см с плотной фиброзной стенкой, содержащей костную пластинку. Патологические ткани удалены (рисунок 3). Слизистая оболочка верхнечелюстной пазухи умеренно равномерно утолщена. Наложено инфратурбинальное соустье. Тампонада пазухи. Результаты гистологического исследования удаленного (материала стенки кисты): костно-фиброзная ткань с хронической воспалительной инфильтрацией. По результатам операционных находок, биопсии выставлен заключительный диагноз: хронический правосторонний гнойно-кистозный верхнечелюстной синусит с деструкцией передней стенки верхнечелюстной пазухи. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациент переведен на амбулаторное лечение 22.12.09 в удовлетворительном состоянии.



Рисунок 3. Удаленная киста из правой верхнечелюстной пазухи.

Особенностью данного наблюдения является развитие кисты верхнечелюстной пазухи с оссифицированной стенкой. Вследствие воздействия кисты произошла деструкция передней стенки максиллярного синуса. Выявлено нагноение содержимого кисты, однако выраженных воспалительных изменений со стороны слизистой оболочки пазухи не наблюдалось.

Литература

1. Бырихина, В. В. Наблюдение фолликулярной кисты верхнечелюстной пазухи / В. В. Бырихина // Вестник оториноларингологии. 2009. № 5. С. 65–66.
2. Пискунов, С. З. Об оссификации кист верхнечелюстной пазухи / С. З. Пискунов // Российская оториноларингология. 1999. № 3. С. 40–41.
3. Пискунов, С. З. Оссифицированная киста верхнечелюстной пазухи / С. З. Пискунов, В. И. Бартенева // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. 1978. № 2. С. 102.
4. Gurney, T. A. Contemporary issues in rhinosinusitis and HIV infection / T. A. Gurney, L. C. Kelvin, A. H. Murr // Curr Opin Otolaryngol. 2003. Vol. 11. P. 45–48.
5. Rombaux, P. Sinusitis in the immunocompromised host / P. Rombaux, B. Bertrand, P. Eloy // Acta Otorhinolaryngol Belg. 1997. Vol. 51, № 4. P. 305–313

Репозиторий БГМУ