

## **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.

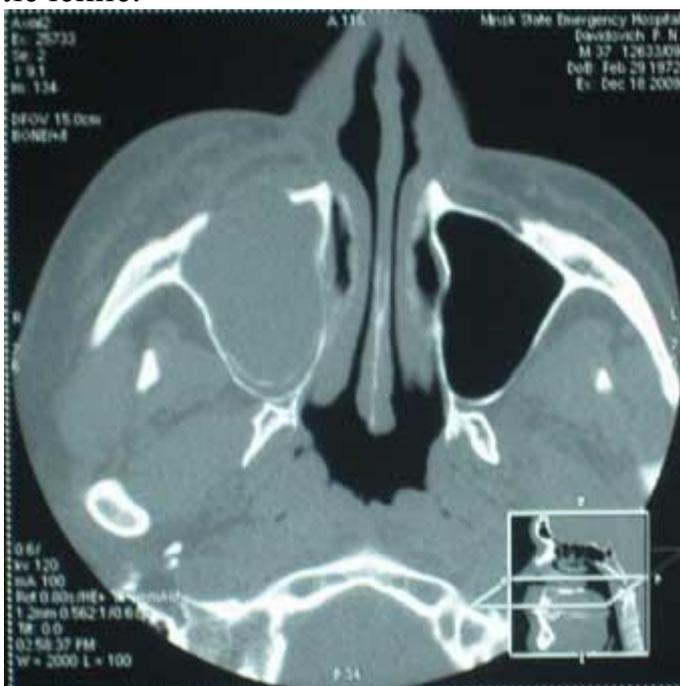


Рисунок 2. Компьютерная томография околоносовых пазух в аксилярной проекции пациента.

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

