

Киста верхнечелюстной пазухи

Н.Н. Колотилов, С.Б. Синюта

ГУ «Институт ядерной медицины
и лучевой диагностики» НАМН
Украины»

Развитие технологий медицинской визуализации (КТ, МРТ) позволило значительно повысить выявляемость кист околоносовых пазух, считавшихся в оториноларингологии редкой патологией.

Основное внимание ранее уделялось клинически выраженным и заметным кистовидным растяжениям околоносовых пазух (мукоцеле, пиоцеле), главным образом, ячеек решетчатой кости или лобных пазух, возникшим в результате закрытия выводного отверстия пазухи и накопления жидкости [6,8].

В 1900 г. о 64 описанных в научно-медицинской литературе наблюдениях больших кист околоносовых пазух сообщил в обзорной статье Киллиан, не наблюдавший сам ни одного подобного больного (цит. по А.Г.Лихачеву [7]).

В 1948 г. А.Г.Лихачев в монографии описывает свои наблюдения за 64 пациентами с кистовидными растяжениями пазух [7].

Монография Ю.Б.Исхаки [4], изданная в 1972 г. на основе докторской диссертации, охватывает анализ архивных историй болезни 380 человек (1954 - 1963 гг.) и личный опыт диагностики и обследования 206 лиц с кистами различных размеров.

П.М. Ковтуновский [5], исследуя ретенционные кисты верхнечелюстных пазух (ВЧП) у трупов, обнаружив стерильность их содержимого, эозинофильную инфильтрацию вокруг кист, выраженный отек эпителиального слоя, сделал вывод о возможности развития кист на фоне аллергического состояния организма.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ архивированных в стандарте DICOM 3.0 диагностических КТ и/или МРТ изображений головы 20359 пациентов, обследовавшихся в период 2000-2005гг.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ретенционные кисты околоносовых пазух обнаружены у 340 (1,67%) больных в возрасте от 9 до 78 лет. Локализация кист по пазухам представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с ретенционными кистами по их локализации

Околоносовые пазухи	Количество больных	
	абс	%
Верхнечелюстные	325	95,59
Клиновидная	14	4,12
Лобные	1	0,29
Всего	340	100,00

Критерии идентификации ретенционных кист: количество - 1 - 2 в пазухе, размер - от 0,5 до 20 мм; топография - на любой стенке пазухи; клиническая симптоматика - отсутствует.

В исследование не включались одонтогенные кисты ВЧП и ложные кисты.

Из 325 больных с кистами ВЧП у 211 (64,92% наблюдений) киста сочеталась с тем или иным заболеванием головного мозга, у 86 пациентов (26,46%) патологией уха, горла, носа (табл. 2 и 3). Варианты топографо-анатомического расположения кист околоносовых пазух неоднократно иллюстрировались в наших более ранних публикациях [1, 12, 13].

Отметим динамичность образования и развития кист, их изменчивость и возможность определенной регрессии в процессе лечения заболевания головного мозга - рассеянного энцефалита (рис. 1-4). Представляет интерес использования в подобных ситуациях препаратов системной энзимотерапии (флогэнзим, вобензим) и препаратов с секретолитическим, секретомоторным действием (синупрет, синуфорте, кистозин).

Таблица 2

Частота сочетания кист верхнечелюстной пазухи с заболеваниями уха, горла, носа и головного мозга

Заболевания уха, горла, носа	Количество больных	
	абс	%
Отсутствие заболеваний головного мозга и органов зрения	28	8,61
Острые синуситы	25	7,72
Хронические синуситы	17	5,25
Острые отиты	15	4,63
Хронические отиты	18	5,55
Аномалии развития пазух	8	2,47
Острый гайморит + сенсоневральная тугоухость	1	0,31
Хронический пансинусит + рак носового отдела глотки	1	0,31
Хронический сфеноидит + хронический гайморит + опухоль прозрачной перегородки головного мозга	1	0,31
Заболевания головного мозга	211	64,92
Всего	325	100,00

Таблица 3

Частота сочетания заболеваний головного мозга и кисты верхнечелюстной пазухи

Заболевания головного мозга	Количество больных	
	абс	%
Опухоли: доброкачественные	31	14,7
злокачественные	41	19,4
Арахноидальные кисты	18	8,5
Острые нарушения мозгового кровообращения:		
• ишемический инсульт	21	10,0
• геморрагический инсульт	24	11,4
• субарахноидальное кровоизлияние	19	9,0
• субдуральное кровоизлияние	17	8,1
Артерио-венозная мальформация	8	3,8
Аневризмы	9	4,3
НейроСПИД + абсцесс	1	0,5
Диффузная атрофия коры	22	10,4
Всего	211	100,0

Неоднократно сообщалось об одновременном наличии у одного и того же пациента заболеваний уха, горла, носа и головного мозга: отита и опухоли головного мозга, синусита и психозов [10], синусита и внутричерепных гнойных процессов [11]. При сочетании внутричерепных процессов с воспалительными заболеваниями уха и околоносовых пазух последние рассматриваются как этиологический фактор [11]. Наиболее отчетливо гнойный отит/синусит выступают как причинный фактор контактных абсцессов головного мозга.

Известно [15], ухудшение течения эпилепсии под влиянием воспалительных заболеваний уха, горла, носа и достижение стойкой и длительной ремиссии у больных после санации уха, горла и носа.

Однако обнаруженную нами синтропию - сочетание кисты ВЧП и заболеваний головного

Одной из основных особенностей современного больного является полиморбидность - множественность заболеваний у одного человека. Поэтому важное значение имеет изучение частных проявления синтропии (закономерное частое сочетание нескольких болезней), дистропии (закономерное редкое или невозможное сочетание нескольких болезней) и интерференции (влияние одного заболевания на течение другого).

При наличии синтропии теоретический интерес представляет изучение ее конкретных характеристик и раскрытие основных тенденций: симультанной (одновременное развитие 2-х болезней) и сукцессивной (последовательное развитие 2-й болезни через определенное время после 1-й).

мозга - по-видимому, более адекватно объяснять не в рамках контактных патологических процессов, а с позиций дистантного влияния. «контактное» и «дистантное» не существуют изолированно друг от друга. Это весьма условное разделение (в первую очередь по критерию расстояния), необходимое лишь для удобства их рассмотрения.

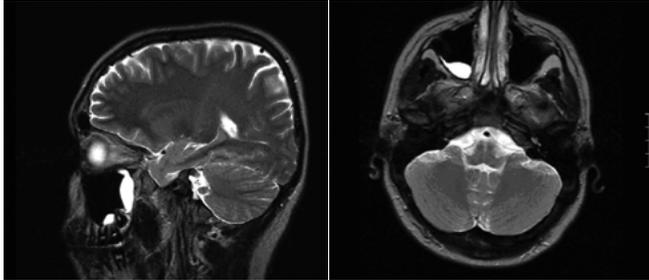


Рис. 1 . Больной С., 16 лет. 01.04.2004. – МРТ
 Диагноз: Рассеянный энцефаломиелит.
 По задней стенке левой верхнечелюстной пазухи определяется субмукозная киста до 1,5 см в диаметре.

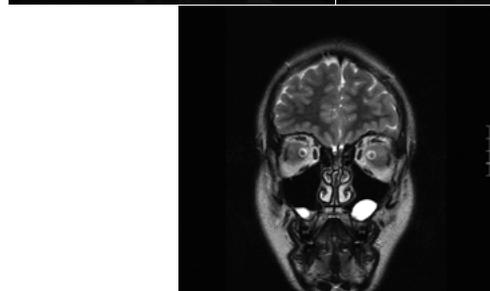
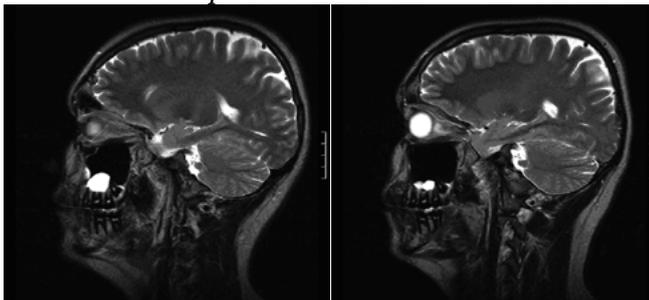


Рис. 2 . Тот же больной. 18 лет. 25.05.2005. – МРТ.
 За год в разных схемах принимались: дексаметазон, метил-пред, преднизолон, синактен, офлоксацин, пентоксифиллин, прозерин, берлитион, мильгама, ранитидин, семпрекс, лецитин, нейромидин, полиоксидоний, сандоглобулин.
 В верхнечелюстных пазухах определяются субмукозные кисты диаметром справа - 0,8 см. слева - 2,0 см. Пневматизация придаточных пазух носа на остальном протяжении не нарушена

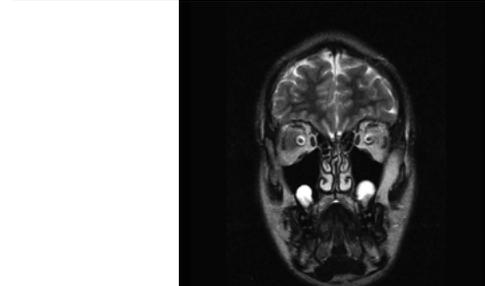
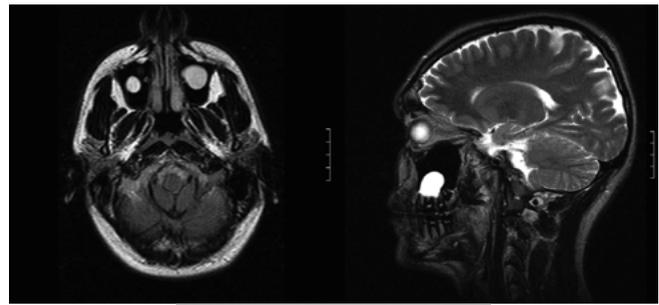


Рис. 3 . Тот же больной. 20 лет. 07.11.2007. – МРТ.
 Снижена пневматизация верхнечелюстных пазух за счет кист до 2,0 см в диаметре.

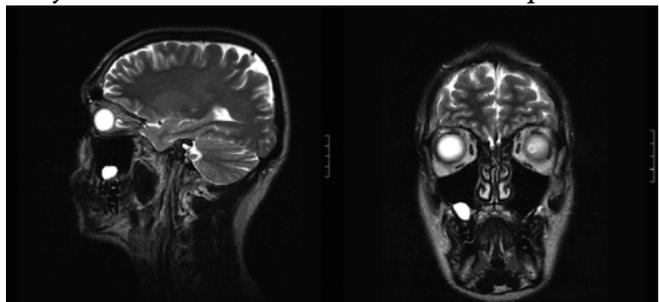


Рис. 4 . Тот же больной. 23 года. 05.10.2010. – МРТ.
 Снижена пневматизация верхнечелюстных пазух за счет кист до 1,0 см в диаметре.

Наличие одиночной кисты ВЧП размером 15 мм и более является абсолютным показанием (!) к операции для восстановления физиологической функции слизистой оболочки, даже если киста не закрывает отверстие ВЧП [8].

Известны взаимосвязи между анатомическими структурами головного мозга и полостью носа, осуществляемые через лимфатические и нервные пути [2,3,14]: устранение патологического процесса в полости носа или околоносовых пазухах, восстановление носового дыхания приводит к регрессии некоторых нервных болезней, например, эпилепсии; вещество, введенное в субарахноидальное пространство,

попадает на слизистую оболочку полости носа; аксональный транспорт по волокнам обонятельного нерва обеспечивает перемещение некоторых лекарственных средств (например, семакс, дельтаран, даларгин) со слизистой оболочки полости носа в головной мозг, а метаболитов головного мозга - в обратном направлении.

Один из вариантов генеза ВЧП может быть обусловлен длительным приемом гипотензивных лекарственных средств (резерпин, допегит, апресин, адельфан, трирезид-К, кристепин, бринердин) [9]. В инструкциях этих средств иногда отмечено побочное действие: отек слизистой оболочки полости носа. Напомним, что в организме существует единая система слизистых оболочек...

ВЫВОДЫ

Рабочая гипотеза: киста ВЧП на данном этапе наших знаний может рассматриваться в качестве: результата действия лекарственных средств, фактор риска развития патологии головного мозга и единой системы слизистых оболочек, маркер патологии головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина Т.М., Рогожин В.О., Колотилов М.М. Киста верхнечелюстной пазухи и захворывания головного мозга: закономерные поеднання // Одеський мед. журн. - 2004. - № 1. - С. 39-40.
2. Герман С.В. Зуд при системных заболеваниях // Клиническая медицина. - 2004. - № 9. - с. 59-66.
3. Дедкова Е. М., Рабен А.С. Паранеопластические заболевания. - М. Медицина, 1977. - 136с.
4. Исхаки Ю.Б. Кисты верхних дыхательных путей. - Душанбе: Ирфон, 1972. - 240с.
5. Ковтуновский П.М. Ретенционные кисты слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи человека/макротомическое, гистохимическое, биохимическое исследование/: Автореф. дис...д-ра мед. наук: 14.00.02 / Мед. ин-т. - Днепропетровск, 1973. - 51с.
6. Ланцов А.А., Ковалева Л.М., Мефодовская Е.К., Москаленко Л.Н. Состояние околоносовых пазух у детей по данным компьютерной томографии // Вестн. оториноларингологии. - 1998. - № 5. - С. 32-34.
7. Лихачев А.Г. О кистовидном растяжении придаточных пазух носа. - М.: Изд-во АМН СССР, 1948. - 124с.
8. Лопатин А.С., Нефедов В.С. Возможности эндоназальной эндоскопической хирургии в лечении кист

верхнечелюстной пазухи. // Вестн. оториноларингологии. - 2000. - № 4. - С. 11 - 16.

9. Макомела Н.М. Кисты верхнечелюстных пазух у больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2005. - № 1. - С. 16-19.
10. Михелович М.С. Клинические параллелизмы. - Архангельск: ОГИЗ, 1943. - 136с.
11. Николаев М.П., Борзов А.В., Николаев Р.М. О причинно-следственных связях при сочетании гнойных внутричерепных процессов с заболеваниями ЛОР-органов // Вестн. оториноларингологии. - 2001. - № 3. - С.40 - 41.
12. Розенфельд Л.Г., Рогожин В.А., Колотилов Н.Н., Терницкая Ю.П. Киста верхнечелюстной пазухи – маркер патологического процесса в головном мозге // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. - 2003. - № 6. - С. 68-70.
13. Розенфельд Л.Г., Рогожин В.А., Бабкина Т.М., Колотилов Н.Н., Пионтковская М.Б. Диагностическое изображение – элемент описания нозологической формы в оториноларингологии. Сообщение 2 // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 2001. - № 2. - С. 26-29.
14. Фридман А.П. Основы ликворологии. - М. Медицина, 1971. - 648с.
15. Ходан И.В. О влиянии санации ЛОР-органов на клинику и течение эпилепсии. Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.753 / НИИО. - К., 1971. - 17с.

Киста верхнечелюстной пазухи

Н.Н. Колотилов, С.Б. Синюта

Цель статьи – обратить внимание на закономерно частое сочетание кисты верхнечелюстной пазухи и заболеваний головного мозга.

Материал и методы исследования: анализ архивированных историй болезни и КТ, МРТ изображений головы и головного мозга 20 359 больных.

Выводы. Киста верхнечелюстной пазухи может быть маркером или предиктором заболевания головного мозга.

Maxillary sinus cyst

N. Kolotilov, S. Sinyuta

The purpose of this article is to draw attention to the naturally frequent link between of maxillary sinus cyst and brain diseases.

Material and methods: analysis of archived medical records and CT scans, MRI imaging of the head and the brain of 20 359 patients.

Conclusions. Maxillary sinus cyst may be a marker as well as a predictor of brain disease.