

ОЦЕНКА СООТВЕТСТВИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДАННЫМ ПАТОГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ У БОЛЬНЫХ КИСТОЗНЫМ ГАЙМОРИТОМ

[Т. И. Чанцева](#), [Е. В. Хрусталева](#), [А. В. Лепилов](#)

*ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России
(г. Барнаул)*

Целью исследования было выявление клинко-рентгенологических проявлений, характерных для кист верхнечелюстных пазух. Рассмотрены результаты патогистологического исследования. Установлено, что нередко данные, полученные в ходе патогистологического исследования, не соответствуют первоначальному диагнозу, установленному на основании клинко-рентгенологического обследования пациентов.

Ключевые слова: киста, верхнечелюстная пазуха, патогистологические проявления кистозного гайморита.

Чанцева Татьяна Ивановна — ассистент кафедры оториноларингологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (385-2) 689-548, e-mail: tchanceva@yandex.ru

Хрусталева Елена Викторовна — доктор медицинских наук, заведующая кафедрой оториноларингологии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (385-2) 689-827, e-mail: lorob@mail.ru

Лепилов Александр Васильевич — доктор медицинских наук, профессор кафедры патологической анатомии ГБОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (385-2) 40 15 44

Введение. Современная диагностика и лечение кистозных поражений околоносовых синусов является одной из актуальных проблем оториноларингологии. Среди всех пазух носа кистозным процессам в 93,3 % случаев поражаются верхнечелюстные пазухи [7]. В последнее десятилетие наблюдается рост заболеваемости хроническими гайморитами, соответственно увеличивается число пациентов, страдающих кистозными гайморитами [4], которые часто не имеют характерных клинических симптомов, их выявляют при

рентгенологическом обследовании пациентов по поводу другого заболевания как «случайную находку» [9].

Одним из основных методов исследования, позволяющих диагностировать кистозный гайморит, является рентгенологический метод; наиболее достоверный — компьютерная томография околоносовых пазух, позволяющая выбрать соответствующий хирургический способ лечения (эндо- или экстраназальный), избежать осложнений во время операции и рецидивов в последующем [6]. Согласно данным литературы, рентгенологическими проявлениями кистозных процессов в верхнечелюстных пазухах являются тени разнообразной формы (округлые, полукруглые, в виде «висячей капли») с четким ровным контуром, уплощенные, напоминающие уровень жидкости, менискообразные. Размеры их варьируют от тотальных до пристеночных затемнений [1, 8].

Вместе с тем, только патогистологический метод позволяет оценить вид морфологических изменений слизистой оболочки пораженной пазухи и поставить окончательный диагноз [1–3]. В литературе имеются сведения, касающиеся морфогенеза и патогистологической структуры кистозных процессов [2, 3, 7, 10]. Однако в этом массиве данных отсутствуют работы, в ходе которых был выполнен анализ соответствия рентгенологических проявлений кистозных процессов верхнечелюстных синусов данным патогистологического исследования удаленных из пазух тканей у больных с диагнозом: кистозный гайморит. Что и стало целью нашего исследования.

Цель исследования: оценить у прооперированных больных кистозным гайморитом соответствие рентгенологических проявлений патологического процесса в пазухах результатам патогистологических исследований удаленных в ходе операции тканей.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 76 человек с предварительным диагнозом киста верхнечелюстной пазухи, подтвержденным клиническими проявлениями, данными обзорной рентгенографии и компьютерной томографии околоносовых пазух. Всем пациентам выполняли оперативное лечение. Объектами для патоморфологического исследования послужили фрагменты мягких тканей, удаленных в ходе оперативного лечения из верхнечелюстных пазух. Гистологические срезы после окрашивания гематоксилином и эозином, а также по методу Ван-Гизена исследовали с использованием светового микроскопа МИК.МЕД-2 при различных увеличениях.

Результаты исследования и их обсуждение. При рентгенологическом обследовании патологические процессы в верхнечелюстных пазухах с предварительным диагнозом кистозный гайморит характеризовались следующими особенностями: тени имели различные размеры (занимали всю верхнечелюстную пазуху, половину пазухи, 1/3 пазухи или находились в альвеолярной бухте), различную локализацию в верхнечелюстной пазухе (наиболее часто располагались на задненижней и медиальной стенках, редко — на передней стенке), отличались многообразием форм (округлой, полукруглой, в виде тотального затемнения, уровня жидкости, в виде пристеночных изменений). Такие изменения регистрировали как на обзорных рентгенограммах, так и на компьютерных томограммах. Полученные результаты четко укладывались в рентгенологическую картину кистозного поражения. Вследствие чего пациентам, включенным в группу исследования, был установлен дооперационный диагноз: кистозный гайморит. Однако патогистологическое подтверждение данного диагноза было получено только в 58,8 % случаев. Патогистологические диагнозы распределились следующим образом (рис. 1). Наибольшее количество (42,8 %) составили образцы с диагнозом — истинная киста. Стенка их была представлена соединительной тканью, выстланной с обеих сторон уплощенным многорядным мерцательным эпителием, в котором встречались

бокаловидные клетки при неизменной базальной мембране. Собственная пластинка состояла из соединительнотканых волокон с сосудами и клеточными элементами.

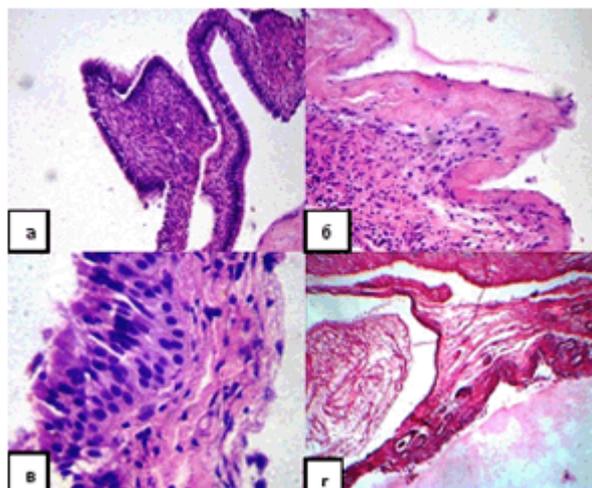


Рис. 1. Патогистологическая картина выявленных патологических образований:
а — истинная киста, б — ложная киста, в — фиброзно-отечный полип, г — фиброзно-отечный полип с кистообразованием

Вторую группу составили ложные кисты — 16 % из числа изученных образцов. Морфологическим отличием стенки ложной кисты явилось наличие односторонней эпителиальной выстилки. Стенка кисты была представлена фиброзной тканью с дистрофическими изменениями в виде гиалинозов без внутренней эпителиальной выстилки, хотя кое-где эпителиальная выстилка была сохранена. В стенке кисты были видны кровеносные сосуды с признаками полнокровия, явления склероза с гиалинозом, стромально-сосудистая дистрофия. Для соединительной ткани характерно преобладание мукоидной дегенерации межклеточного вещества и скудный, больше плазмоцитарно-клеточный состав. Собственная пластинка слизистой оболочки трансформируется в малососудистую структуру, образованную псевдокистозными полостями, которые укрупняются и сливаются. Воспаление в данных участках имеет периваскулярную локализацию вплоть до панваскулита. Эти изменения сочетаются с расширением лимфатических щелей, лимфангиэктазий. У четверти просмотренных образцов (25 %) был выявлен фиброзно-отечный полип, проявляющийся по типу гиперпластического процесса с избыточным разрастанием соединительной ткани, плоскоклеточной метаплазией мерцательного эпителия в многослойный плоский. Фиброзно-отечный полип с кистозной трансформацией выявили в 16,2 % случаев. Стенка его была выстлана многоядным эпителием, в некоторых случаях в стенке были видны склеротические изменения.

На основании четырех видов изменений, выявленных при патогистологическом исследовании операционного материала, все обследованные пациенты были также распределены на 4 группы. В сформированных группах провели детальный анализ клинических проявлений патологического процесса: жалоб, предъявляемых при первичном осмотре, данных анамнеза заболевания, результатов передней риноскопии и эндоскопического осмотра полости носа, который не выявил каких-либо достоверных патогномоничных симптомов для каждой группы.

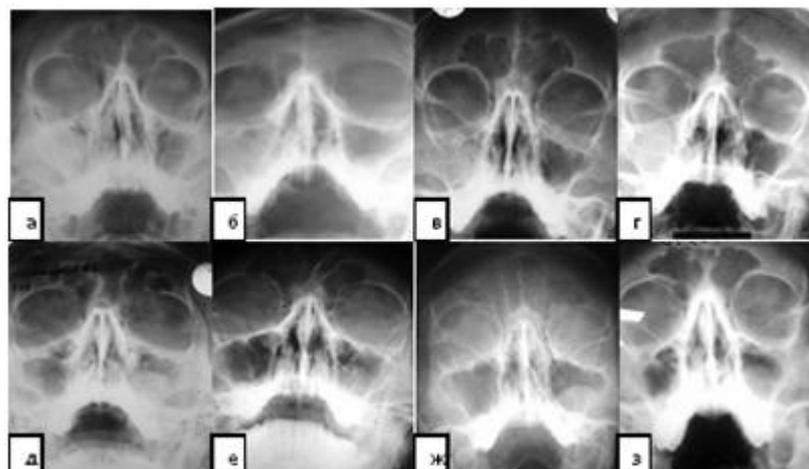


Рис. 2. Схожесть рентгенологических проявлений в группах пациентов, сформированных по патогистологическим признакам: а — больная С., 41 год, истинная киста; б — больная К., 42 года, фиброзно-отечный полип; в — больной 30 лет, ложная киста; г — больная С., 29 лет, фиброзно-отечный полип с кистообразованием; д — больной А., 18 лет, ложная киста; е — больной Б., 18 лет, фиброзно-отечный полип; ж — больная К., 14 лет, истинная киста; з — больной Д., 12 лет, фиброзно-отечный полип с кистообразованием

При визуальном анализе обзорных рентгенограмм и компьютерных томограмм в большинстве случаев было затруднительно установить диагноз, который бы соответствовал выявленным нами четырем группам патогистологических изменений. Например, на представленных ниже рентгенограммах тени патологических образований, имеющие вид тотального затемнения верхнечелюстных пазух (рис. 2), должны бы соответствовать одному и тому же патогистологическому диагнозу, однако такие изменения встречались во всех выделенных группах больных. Обнаруженные изменения в виде округлых теней с четким ровным контуром должны были соответствовать диагнозу истинная киста [8]. Но при патогистологическом подтверждении такие рентгенологические проявления соответствовали диагнозам и фиброзно-отечный полип и ложная киста. Изменения в виде полукруглых теней с четким ровным контуром, характерные для ложных кист, при патогистологическом подтверждении соответствовали диагнозам — истинная киста, фиброзно-отечный полип, фиброзно-отечный полип с кистообразованием (рис. 3).

При анализе данных компьютерной томографии мы также обнаружили схожесть рентгенологических изменений, которые соответствовали всем четырем группам (рис. 3). Например, тени округлой формы с четким ровным контуром мы визуализировали у пациентов всех четырех групп, хотя они должны были соответствовать диагнозу — истинная киста. Плотность патологических теней, обнаруженных на компьютерных томограммах, соответствовала различным цифрам (от 7 до 38 ед.НУ) и не имела каких-либо закономерных значений для выделенных групп.

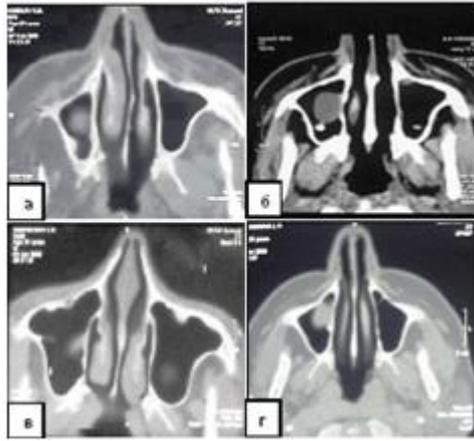


Рис. 3. Данные компьютерной томографии в исследуемой группе: а — больной К., 54 года, ложная киста; б — больной Г., 17 лет, истинная киста; в — больной Д., 54 года, фиброзно-отечный полип; г — больная Ш., 38 лет, фиброзно-отечный полип с кистообразованием

Таким образом, проведя детальный анализ клинических и рентгенологических данных, мы обнаружили, что не всегда диагноз кистозный гайморит, установленный на основании клинических проявлений и результатов рентгенологического обследования, соответствует патогистологическому диагнозу. Оказалось, что патогистологический диагноз — киста (истинная либо ложная) соответствовал клиническому диагнозу у двух третей пациентов. У остальных больных при патогистологическом исследовании были выявлены такие изменения, как фиброзно-отечный полип либо фиброзно-отечный полип с кистообразованием. При этом, анализируя клинические проявления в группах пациентов, сформированных по патогистологическому диагнозу, мы не нашли каких-либо значимых особенностей, которые позволили бы изначально установить правильный диагноз, а дальнейший анализ показал, что полученные нами результаты при выборе тактики лечения больного не имели значения. Лечебная тактика зависела не от патогистологических изменений, а от их локализации в пазухе, выраженности жалоб пациента и размеров образований. Кроме того, изучив отдаленные результаты хирургического лечения пациентов, мы пришли к выводу, что наличие или отсутствие рецидивов патологического процесса также не зависело от патогистологического диагноза. Рецидивы встретились во всех сформированных по патогистологическим признакам группах приблизительно с одинаковой частотой (3–5 %).

Выводы

1. Все вышесказанное свидетельствует о том, что на основании жалоб, данных объективного осмотра и рентгенологических проявлений не всегда представляется возможным провести достоверную дифференциальную диагностику изменений, похожих на кистозные, обнаруженных в верхнечелюстных пазухах.
2. Вместе с тем, стратегия ведения пациента, именно выбор хирургической или выжидательной тактики (в зависимости от размера изменений в пазухе и наличия жалоб), практически не зависит от патогистологических изменений, выявленных интраоперационно.
3. Наряду с этим, наши находки позволяют предполагать, что возможно выявленные различные патогистологические изменения слизистой оболочки верхнечелюстных пазух при схожей клинике и рентгенологических проявлениях (за исключением ложных кист) могут быть следствием разных этапов развития одного и того же патологического процесса.

Список литературы

1. Гурьев И. С. Диагностика, морфогенез и хирургическое лечение кист околоносовых пазух : автореф. дис. ... канд. мед. наук / И. С. Гурьев. — Курск, 2003.
2. Ильинская Е. В. Электронно-микроскопические особенности слизистой оболочки верхнечелюстных пазух у больных кистоподобными образованиями / Е. В. Ильинская, Г. П. Захарова // Рос. ринология. — 1998. — № 2. — С. 18.
3. Кадымова М. И. Кисты придаточных пазух носа / М. И. Кадымова. — М. : Медицина, 1972. — С. 128.
4. Пальчун В. Т. Клинико-морфологические особенности хронического воспаления верхнечелюстной пазухи / В. Т. Пальчун, Л. М. Михалева, А. В. Гуров // Успехи соврем. естествознания. — 2010. — № 7 — С. 42–49.
5. Пискунов Г. З. Клиническая ринология / Г. З. Пискунов, С. З. Пискунов. — М. : МИА, 2006. — С. 259.
6. Пискунов И. С. Компьютерная томография в диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух : автореф. дис.... д-ра мед. наук / И. С. Пискунов. — Курск, 2001. — С. 38.
7. Пискунов С. З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии : учебное пособие для врачей / С. З. Пискунов, Г. З. Пискунов. — М. : Медицина, 1991. — С. 48.
8. Файзуллин М. Х. Дифференциальная рентгенодиагностика поражений придаточных пазух носа, опухолей черепа и мозга, черепных повреждений, интра- и экстракраниальных инородных тел : рекомендации для практических врачей / М. Х. Файзуллин, А. М. Файзуллин. — Казань, 1971.
9. Bhattacharyya N. Do maxillary sinus retention cyst reflect obstructive sinus phenomena? / N. Bhattacharyya // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2000. — Vol. 126. — P. 1369–1371.
10. Wang J. H. Natural course of retention cyst of the maxillary sinus longterm follow — up results / J. H. Wang, J. J. Yong, B. J. Lee // Laryngoscope. — 2007. — Vol. 117. — P. 341–344.

ASSESSMENT OF COMPLIANCE OF RADIOLOGICAL IMPLICATIONS TO THE DATA OF PATHOHISTOLOGICAL RESEARCHES AT PATIENTS WITH CYSTIC GENYANTRITIS

T. I. Chantseva, E. V. Khrustalyova, A. V. Lepilov

SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health» (c. Barnaul)

Identification of clinicoradiological implications, characteristic genyantrums for cysts was the objective of the research. Results of pathohistological research are reviewed. It is established that

quite often the data obtained during pathohistological research, don't correspond to the initial diagnosis established on the basis of clinicoradiological inspection of patients.

Keywords: cyst, genyantrum, pathohistological implications of cystic genyantritis.

About authors:

Chantseva Tatyana Ivanovna — assistant of otorhinolaryngology chair at SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (385-2) 689-548, e-mail: tchanceva@yandex.ru

Khrustalyova Elena Viktorovna — doctor of medical sciences, head of otorhinolaryngology chair at SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (385-2) 689-827, e-mail: lorob@mail.ru.

Lepilov Alexander Vasilyevich — doctor of medical sciences, professor of pathological anatomy chair at SBEI HPE «Altai State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (385-2) 40 15 44

List of the Literature:

1. Gurjev I. S. Diagnostics, morphogenesis and surgical treatment of cysts of perirhinal sinuses: autoref. dis. ... cand. medical sciences / I. S. Gurjev. — Kursk, 2003.
2. Ilyinskaya E. V. Electron and microscopical features of mucosa of genyantrums at patients with cystiform formation / E. V. Ilyinskaya, G. P. Zakharova // Grew. rhinology. — 1998. — № 2. — P. 18.
3. Kadymova M. I. Cysts of adnexal sinuses of a nose/M. I.Kadymova. — M: Medicine, 1972. — Page 128.Кадымова М.И. Кисты придаточных пазух носа / М.И. Кадымова. — М. : Медицина, 1972. — С. 128.
4. Palchun V. T. Clinical and morphological features of chronic inflammation of genyantrum / V. T. Palchun, L. M. Mikhaleva, A. V. Gurov // Successes of modern natural sciences. — 2010. — № 7 — P. 42-49.
5. Piskunov G. Z. Clinical rhinology / G. Z. Piskunov, S. Z. Piskunov. — M: MIA, 2006. — P. 259.
6. Piskunov I. S. Computer tomography in diagnostics of inflammatory and noninflammatory diseases of nasal cavity and perirhinalsinuses: autoref. dis Dr.s of medical sciences / I. S. Piskunov. — Kursk, 2001. — P. 38.
7. Piskunov Z. S. Morphological and functional features of mucosa of nose and perirhinal sinuses. The principles of sparing perirhinal surgery: guidance for doctors / S. Z. Piskunov, G. Z. Piskunov. — M: Medicine, 1991. — P. 48.
8. Fayzullin M. H. Differential radiodiagnosis of lesions of adnexal sinuses of nose, tumors of skull and brain, cranial damages, intra- and extracranial foreign matters: references for practical doctors / M. H. Fayzullin, A. M. Fayzullin. — Kazan, 1971.
9. Bhattacharyya N. Do maxillary sinus retention cyst reflect obstructive sinus phenomena? / N. Bhattacharyya // Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg. — 2000. — Vol. 126. — P. 1369–1371.
10. Wang J. H. Natural course of retention cyst of the maxillary sinus longterm follow — up results / J. H. Wang, J. J. Yong, B. J. Lee // Laryngoscope. — 2007. — Vol. 117. — P. 341–344.