

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ТКАНЕВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Хайитов А.А.

*PhD доцент кафедры оториноларингологии №2 Самаркандский
государственный медицинский университет, Узбекистан*

На долю верхнечелюстных пазух приходится до 93,3% всех кистозных поражений околоносовых пазух. Хронические синуситы составляют около 10% всех хронических заболеваний верхних дыхательных путей. На долю верхнечелюстных пазух приходится до 93,3% всех кистозных поражений околоносовых пазух. Согласно международному консенсусу EPOS 2020 (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps), хронический риносинусит (ХРС) рассматривается не просто как инфекционный процесс, а как гетерогенное заболевание с различными воспалительными эндотипами. Возникновение кист околоносовых пазух, как правило, связано с хроническим воспалительным процессом в околоносовых пазухах, и, по мнению ряда авторов, этиология кист околоносовых пазух в большей степени связана с аллергией, в связи с чем их рассматривают как одну из форм аллергического синусита

Цель исследования- Изучение локальных иммунных процессов в слизистой оболочке верхнечелюстных синусов для оптимизации тактики послеоперационного лечения.

Материалы и методы Клиническое исследование проводилось на базе оториноларингологического отделения Самаркандского областного медицинского центра в период с 2020 по 2024 гг. Объектом исследования послужили 115 пациента с верифицированным диагнозом «киста верхнечелюстного синуса» (ВЧС). Морфологическому анализу подвергались образцы оболочек удаленных кист всех пациентов. Гистологическое исследование: Фиксация в 10% нейтральном формалине (24 ч) с последующей заливкой в парафин. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, а также подвергались PAS-реакции для верификации тканевой структуры и характера инфильтрации.

Результаты исследования. Морфологический анализ операционного материала позволил верифицировать различные патогенетические варианты строения стенок кист верхнечелюстного синуса (ВЧС). В ходе исследования было выделено три основных гистологических типа тканевых изменений:

Эозинофильный тип (25,2%, n=29). Характеризуется выраженной эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки. При микроскопии выявлялись плотные скопления клеток с характерной оксифильной зернистостью цитоплазмы (крупные ацидофильные гранулы). Данная гистологическая картина патогномична для аллергического генеза заболевания и отражает локальную гиперчувствительность немедленного типа.

Лимфоцитарный тип с признаками ремоделирования (32,2%, n=37). Отмечалось значительное утолщение базальной мембраны и выраженная лимфоцитарная инфильтрация — скопление мононуклеарных клеток с гиперхромными ядрами. Подобные изменения свидетельствуют о персистирующем хроническом воспалении неспецифического характера и структурной перестройке слизистой оболочки.

Смешанный лейкоцитарно-лимфоцитарный тип с явлениями фиброза (42,6%, n=49). В биоптатах определялась сочетанная инфильтрация сегментоядерными лейкоцитами и лимфоцитами на фоне разрастания грубоволокнистой соединительной ткани. Признаки фиброза в сочетании с полиморфноядерной инфильтрацией подтверждают инфекционную (бактериальную) природу формирования кист как следствия рецидивирующего гнойного процесса.

Обсуждение результатов Результаты морфологического исследования подтверждают патогенетическую неоднородность кист ВЧС. Преобладание смешанного типа с явлениями фиброза (42,6%) и лимфоцитарного типа (32,2%) указывает на ведущую роль хронической бактериальной инфекции и структурного ремоделирования слизистой в формировании кист.

Верификация эозинофильного типа (25,2%) объективно подтверждает аллергическую природу заболевания у четверти пациентов, что требует обязательной десенсибилизирующей терапии. Таким образом, выявленная корреляция между гистологической картиной и типом воспаления обосновывает отход от стандартных протоколов в пользу персонализированной реабилитации, базирующейся на морфотипе кисты и соответствующих показателях ИРИ.

Вывод Морфо-иммунологический анализ позволяет выделить два ключевых эндотипа воспаления стенок кист: гиперергический, требующий десенсибилизирующей терапии, и иммуносупрессивный, диктующий необходимость иммунокоррекции. Определение данных патогенетических вариантов служит основой для перехода от стандартных протоколов к персонализированной послеоперационной реабилитации.