

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Ф. А. Херобян

Ценность рентгенологического послойного  
исследования в распознавании кисты  
верхне-челюстных пазух

Клиническая картина кист верхне-челюстных пазух недостаточно патогномична для данной болезни. Она в основном проявляется головными болями, явлениями катаррального ринита, а в ряде случаев протекает бессимптомно. Значение пробного прокола относительно, так как не всегда при наличии кисты дает положительный результат. Наши личные наблюдения приводят к заключению, что в диагностике кист верхне-челюстных пазух решающее значение имеет рентгенологическое исследование. Однако широкое применение нами в диагностике заболевания верхне-челюстных пазух послойных исследований показало, что и обычная рентгенография далеко не всегда точно устанавливает наличие кисты.

В силу косой проекции общепринятых затылочно-подбородочных снимков, часто малые кисты, исходящие со дна верхне-челюстных пазух, не выявляются на их воздухоносном фоне. Сравнительно реже, из-за тонкой оболочки кисты, создаются такие условия тенеобразования, когда тень кисты теряется на фоне костного рельефа пазухи. Нередко кисты, сочетаясь с воспалительным процессом, утолщением слизистой оболочки и выпотом полости на обычных рентгенограммах просматриваются. Рентгенологом констатируется лишь острый или хронический синуситы. Это подтверждается частой находкой кист на оперативном столе.

Аналогичная ошибка может иметь место при больших кистах, когда контуры их оболочек совпадают с костными стенками самой пазухи. Наряду с этим за кисту может быть принята (недостаточно опытным рентгенологом) мягкая слегка округлая тень верхней губы, процируемая в нижних отделах верхне-челюстных пазух. При небольшом искажении симметричности проекции головы такая тень создастся односторонне и симулирует кисту.

Иногда большое крыло клиновидной кости со своим закругленным свободным контуром и зачаток восьмого зуба также могут быть неправильно растолкованы как кисты на обычных рентгенограммах.

Во всех подобных случаях послойные снимки вносят определенную ясность в правильной расшифровке имеющейся патологии. Кроме того, в силу возможности произвести снимки в двух взаимно перпендикулярных плоскостях создаются предпосылки для определе-

ния точной локализации и размеров описанных образований верхне-челюстных пазух.

Как дополнительный метод краниографии, послойное исследование верхне-челюстных пазух пока мало применяется. В отечественной литературе нам известны работы В. С. Бржнева [1], применявшего этот метод исследования при опухолевых процессах лицевого отдела черепа, и Ф. И. Ляндус [2], которая использовала томофлюорографический метод исследования при заболеваниях челюстно-лицевого аппарата. Систематическое послойное исследование проводится также З. Г. Мовсесяном. По его предложению мы и применяли этот метод рентгенографии для диагностики кист гайморовых полостей.

Рентгенологическое исследование гайморовых пазух по поводу кист нами проводится следующим образом: в основном делают обычные снимки придаточных полостей носа в затылочно-лобной и затылочно-подбородочной проекциях. Если на этих снимках недостаточно четко определяется киста, имеется лишь небольшое подозрение на ее наличие, то для уточнения локализации, размеров и соотношения к зубам делаются еще дополнительно послойные снимки гайморовых полостей, альвеолярных отростков верхней челюсти и соответствующих зубов.

Послойные снимки у нас производятся на томографе по типу ламинографа, в котором трубка и кассета движутся в параллельных плоскостях в противоположных направлениях под небольшим углом трубки к пленке. Снимки производились в затылочно-лобной проекции с подкладыванием под лоб больного специальной марлевой подушки, в середине своей имеющей углубление соответственно вилочности лобной кости. Этим создается больше возможности сохранить параллельность фронтальной плоскости черепа к столу. В такой проекции мы часто удовлетворялись одним срезом. Исходным пунктом для получения основного среза, который соответствует наибольшей ширине пазухи, служил наружный край орбиты. При необходимости, исходя из размеров гайморовых полостей, делались еще дополнительно снимки на 1 или 1,5 см спереди или сзади от основного слоя.

Для получения сагиттальных снимков больной укладывается как при производстве снимков турецкого седла, сохраняя параллельность срединной плоскости к плоскости стола. Глубина основного слоя соответствует внутренней  $\frac{1}{2}$  одноименной надбровной дуги. Исходя из полученного изображения, при необходимости производится еще один снимок на 1 см снаружи от основной плоскости. В подавляющем большинстве случаев мы удовлетворялись только двумя основными срезами в взаимно перпендикулярных плоскостях. Глубина этих слоев от поверхности стола для затылочно-лобной проекции колеблется между 3—4 см, а для боковой проекции между 2—3,5 см. Технические условия: жесткость лучей от 85 до 90 кв, с

ла тока 30 ма и экспозиция 4 секунды. Продольное смазывание. Движение трубки краивно-каудальное.

Приводим описание нескольких наблюдений с краткими данными истории болезни.

1. Больной Т., 30 лет. Направлен на рентгенологическое исследование придаточных полостей носа. Жалуется на головные боли, выделения из носа гнойно-слизистого характера, затрудненность носового дыхания. В анамнезе отмечаются частые насморки и ангины. Жалобы продолжаются в течение 10 дней после перенесенного гриппа. При риноскопии левая половина носа сужена за счет большого искривления носовой перегородки. Слизистая оболочка носа отечна. Купол носа заполнен гнойным экссудатом. Справа отмечается легкая отечность слизистой оболочки, носовые ходы свободны. Зубы здоровы. На снимках придаточных пазух носа (рис. 1) имеется равномерное, средней интенсивности, затемнение лобных и гайморовых пазух и клеток решетчатого лабиринта слева. На основании описанных изменений и, учитывая клиническую картину, диагностировано острое воспаление пазух. Ничего подозрительного для кисты на этих снимках не было.

На послышних снимках во фронтальной и сагиттальной проекциях отчетливо была видна округлая тень правой гайморовой полости размером 2,5×3 см, характерная для кисты (рис. 2).

Больной пришел на повторные снимки через 3 дня. На обычном снимке в результате обратного развития воспалительного процесса можно было видеть тень кисты правой гайморовой полости, равномерное затемнение левой гайморовой полости остается. В течение одного месяца рентгенологически наблюдалось рассасывание воспалительных процессов остальных синусов, но киста правой верхне-челюстной полости осталась. Больной чувствовал себя хорошо, однако время от времени бывали головные боли. В данном случае надо полагать, что воспалительный процесс слизистой оболочки маскировал кисту гайморовой полости. Только на послышних снимках удалось выявить ее. С ликвидацией воспалительного процесса киста была выявлена и на обычном снимке.

2. Больная А., 40 лет. Направлена на рентгенографию придаточных полостей носа. Жалуется на головные боли, локализованные в правой теменной области. При риноскопии патологических изменений не обнаружено. Зубы на верхней и нижней челюстях отсутствуют. На снимке затылочно-подбородочной проекции отмечаются небольшие пристеночные тени обеих гайморовых полостей (рис. 3). На послышних снимках во фронтальной и сагиттальной проекциях в левой гайморовой полости видна тень кисты, исходящая со дна пазухи (рис. 4).

Наличие кисты оперативно подтверждено. В этом случае пристеночная тень гайморовой полости, за счет утолщения слизистой обо-

лочка, прикрывала кисту на обычном снимке. Она была выявлена только при послыном исследовании.

3. Больная X., 40 лет. Пришла на рентгенографию придаточных пазух носа с жалобами на боли в левой половине головы, иррадиирующие в затылок, сухость в глотке, неприятно болезненные ощущения в левой верхней челюсти. На произведенных снимках (рис. 5) пазухи носа развиты хорошо, без видимых патологических изменений.

На послыных снимках отчетливо видна киста левой гайморовой полости (рис. 6). Диагноз оперативно подтвержден.

4. Больной И., 20 лет. Жалуется на головные боли, продолжающиеся в течение 2 лет. Боли локализованы, главным образом, в лобной части. Иногда сопровождаются головокружениями и шумом в ушах. При риноскопии кроме небольшого искривления носовой перегородки других патологических изменений не обнаружено. Больной был направлен на исследование турецкого седла с предполагаемым диагнозом опухоли головного мозга. Сделаны снимки одновременно и пазух носа. На этих снимках турецкое седло нормальное. Было высказано мнение о возможности наличия кисты правой гайморовой полости (рис. 7).

На послыных снимках в двух проекциях отчетливо видны две кисты правой гайморовой полости, одна на дне, другая—на латеральной стенке (рис. 8). Свободно определяются размеры и локализация кист. Больной подвергся вскрытию гайморовой полости. Диагноз подтвердился. Однако нам не удалось получить дальнейших сведений о его головных болях (выехал.).

Вышприведенные наблюдения достаточно убедительно показывают ценность послыных снимков в распознавании кист верхнечелюстных пазух. Нам думается, что при использовании этого метода снимается необходимость искусственного контрастирования пазух.

Институт рентгенологии и  
онкологии Министерства  
здравоохранения Арм. ССР

Поступило 19 I 1962

#### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. В. С. Брежнев—Ценность томографии в диагностике заболеваний лицевой части черепа. Вопросы онкологии и рентгенологии, 1—2, стр. 295—308, Харьков, 1959.
2. Ф. И. Лалибус—Послыное исследование челюстно-лицевой области. Вопросы томофлюорографии и томографии. Ученые записки, т. II, стр. 243—253, Киев, 1930.

Ֆ. Ա. Խերոյան

ՇԵՐՏԱՎՈՐ ՌԵՆՏԳԵՆՅԱՆ ՌԻՆՈՒՄՆԱՍԻՐՈՒԹՅԱՆ ԱՐԺԵՔԸ  
ՎԵՐԻՆ ԾՆՈՏԻ ԽՈՐՈՋԻ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ՃԱՆԱԶՄԱՆ ՀԱՐՑՈՒՄ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

Վերին ծնոտի խոռոչի կիսատաների կլինիկական պատկերը բավականա-  
չափ պաթոգենտիկ չէ ավելալ հիվանդություն համար: Հիմնականում պա-  
տոաճացում է դիրացավերով, կատարյալ ունիտի նշաններով, իսկ մի-  
շարք դեպքերում ընթանում է առանց սրկէ սիմպտոմների: Փորձնական  
պունկցիայի դերը նույնպես այդ հարցում հարաբերական է, որովհետև  
միշտ չէ որ կիսատայի ներկայությունը գեպտում ապրիս է գրական արդյունք:  
Այս տեսանկյունից կլինիկով, վերին ծնոտի խոռոչի կիսատայի դիագնոստի-  
կայի հարցում հիմնական դերը պետք է վերագրել ունեղենյան ասումնա-  
սիրությունը:

Միայն այն բանից հետո, երբ մենք սկսեցինք լայն կերպով օգտվել  
սենագենյան ուսուցմասիրություն շերտավոր նկարաճանձան մեթոդից, վե-  
րին ծնոտի գանազան հիվանդությունների կապակցությունը, մեզ համար  
պարզ դարձավ, որ սովորական սենագենյան նկարաճանձանը նույնպես միշտ  
չէ որ վերջնականապես լուծում է կիսատայի դիագնոզման հարցը: Մի շարք  
դեպքերում սովորական նկարների վրա կիսատաները բոլորովին չեն ար-  
տաճացում: Դա վերաբերվում է ինչպես փոքր կիսատաներին, որոնք  
չնորհիվ սովորական ծածրակ-կզտկային նկարների թեք պրոսկցիայի կոր-  
չում են խոռոչի հատակի շրջանում և չեն արտաճացում նրա թափան-  
ցիկ ֆոնի վրա, նույնպես և մեծ կիսատաներին, որոնց մեծությունը պատ-  
ճասով սեփական պատյանի կոնտուրները ձուլվում են խոռոչի սակրային  
պատերի հետ և վերիպում են սենագենարանի աչքից:

Ինչպե՞րի որոշ մասում, սխալների պատճառ է դառնում այն հան-  
նանյամանքը, որ կիսատաները հաճախ գուղակցվելով խոռոչի լորձաթա-  
ղանթի բորբոքման և հեղուկային պարունակություն հետ՝ սենագենարա-  
նարեն տալիս են ամբողջ խոռոչի համահավասար մթացում, կիսատայի  
սովերը կորչում է այդ միացման ֆոնի վրա, դիագնոզվում է միայն  
բորբոքային ախտահարումը, կիստան չի ճանաչվում:

Մյուս կողմից, որոշ դեպքերում, սովորական նկարների վրա պրոսկ-  
զովող վերին շրթունքի նույր սովերը խոռոչի ստորին կետում, ինչպես  
նաև 8-րդ ատամի սաղմը և սկզուսկրի մեծ թեք իրեն ազատ կոնտուրով,  
կարող են կեղծել կիսատայի պատկերը և գիագնոզվել որպես այդպիսին:  
Իդոր նշված դեպքերում շերտավոր նկարները վերջնականապես պարզա-  
բանում են հարցը:

Որպես կրանիոգրաֆիայի լրացուցիչ մեթոդ, շերտավոր նկարները  
ատայմ քիչ են օգտագործվում: Մեր դիագնոզությունները ցույց են տվել,  
որ այդպիսի սենագենյան քննությունը վերին ծնոտի խոռոչի կիսատաների  
դիագնոզման հարցում բացատրիկ է, և որ այն միանգամայն ավելորդ է  
գարձնում այդ խոռոչի արհեստական կոնտրաստավորման անհրաժեշտու-  
թյունը: