

М.Х. Файзуллин

**Дифференциальная рентгенодиагностика
поражений придаточных пазух носа,
опухолей черепа и мозга, черепных
повреждений, интра- и экстракраниальных
инородных тел**

(рекомендации для практических врачей)

УДК 61
ББК 5
М11

М11 **М.Х. Файзуллин**
Дифференциальная рентгенодиагностика поражений придаточных пазух носа, опухолей черепа и мозга, черепных повреждений, интра- и экстракраниальных инородных тел: (рекомендации для практических врачей) / М.Х. Файзуллин – М.: Книга по Требованию, 2023. – 58 с.

ISBN 978-5-458-38803-0

ISBN 978-5-458-38803-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

РЕНТГЕНО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОБНЫХ ПАЗУХ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

Возрастные группы	Рентгено-анатомические особенности
До 2,5 лет	У детей до 2,5 лет лобные пазухи на рентгенограммах отчетливо не дифференцируются, хотя, судя по анатомическим работам, начало развития лобных пазух и решетчатого лабиринта относится к 5 мес. утробной жизни.
От 2,5 до 4,5 лет	В этом возрасте почти у всех детей на снимках дифференцируются лобные пазухи. Пазухи располагаются между глазницами в виде ограниченного просветления, не выступающая выше касательной линии, проведенной через края свода глазниц, редко пазухи простираются выше этой линии. Пазухи могут быть одинаковыми по величине с обеих сторон или же отмечается преобладание по величине справа или слева. В ряде случаев бывает трудно отличить незначительные по размерам лобные пазухи, залетающие между орбитами от высокорасположенных ячеек решетчатого лабиринта. Такие же рентгенологические данные, как и в предыдущей возрастной группе.
От 4,5 до 6,5 лет	Отчетливо заметно распространение лобных пазух вверх по чешуе лобной кости. Часто пазухи выступают за линию, проведенную через верхние края глазниц. Очень редко пазухи распространяются в ширину до середины глазниц.
От 6,5 до 8,5 лет	Лобные пазухи довольно развиты, почти всегда они распространяются выше линии, соединяющей верхние края орбит.
От 8,5 до 10,5 лет	В этой возрастной группе впервые удается видеть деление лобных пазух перегородками на несколько камер.
От 10,5 до 12,5 лет	Такие же рентгеноанатомические данные, как и в предыдущей возрастной группе. Иногда определяется вздутые верхней ячейки решетчатого лабиринта в просвет пазухи, которое не следует принимать за ретенционную кисту лобной пазухи.
От 12,5 и выше	Лобные пазухи хорошо развиты, значительно простираются в чешуе лобной кости вверх, распространяясь в ширину, довольно часто достигают середины глазницы, а иногда еще дальше, кнаружи. Как и у взрослых могут быть малые формы, не достигая по высоте касательной линии, проведенной через края верхней стенки глазницы.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОСТРЫХ, ВАЗОМОТОРНЫХ И АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СИНУИТОВ

Примечание: В дифференциальной диагностике между острыми и вазомоторными, а также аллергическими синуситами приобретает большое значение сопоставление рентгенологических данных с клиническими.

Рентгенологическая картина состояния слизистой оболочки при различных пазух носа		Свободная экссудация
Синуситы	Набухание слизистой оболочки	Отек слизистой оболочки
В этой фазе воспаления больные обычно не обращаются к врачу и редко подвергаются рентгенологическому исследованию. Рентгенологически на подбородно-носовом снимке определяются нежные пристеночные теневые наслоения у верхне-наружных стенок верхнечелюстных и лобных пазух. Утолщение слизистых оболочек достигает 2—3 мм, тогда как в норме на рентгенограммам слизистая оболочка неразличима. Набухание слизистой оболочки пазух является началом или конечной фазой воспалительного процесса.	Отек слизистой оболочки отличается от набухания большим количеством жидкости, которое еще удерживается слизистой оболочкой. В пазухе может быть свободная жидкость, но в небольшом количестве. Возникает обычно в начальном периоде синусита, наблюдается чаще у детей. Рентгенологически отек слизистой оболочки пазух характеризуется наличием полуовальных пристеночных теневых наслоений, расположенных на широком основании и обращенных выпуклостью в просвет пазухи. Отек обычно исходит из двух, трех, а иногда и из всех четырех стенок пазухи. В выраженных случаях (в кульминационной фазе) отек слизистой оболочки может повести к исчезновению свободного пространства пазухи. Однако, после принятый противовоспалительной терапии через несколько дней, на повторно сделанных снимках, выявляется спадение отека и частично восстановление прозрачности пазухи.	Является следствием прогрессирования процесса. Характер экссудата уточняется пункцией. На снимках, сделанных в вертикальном положении больного, проявляется симптомами мениска, горизонтального уровня, полумесяца (параболы) См. табл 5.
Набухание обычно возникает на фоне гиперплазии слизистой оболочки пазухи. Характерна «летучесть» поражения то одной, то другой пазухи с периодическим затруднением носового дыхания, чиханием, иногда с выделениями из носа. Отечность слизистой оболочки быстро нарастает.	Нарастающий отек слизистой оболочки носа и даже хоан нередко виден при инструментальном исследовании. Рентгенологическая картина отека обычно ничем не отличается от отека при остром процессе. Распознаванию способствует анамнез большого и исчезновение явлений отека в течение суток и даже нескольких часов.	Наличие экссудации клинически проявляется обильным истечением серозной жидкости из носа, особенно при наклоне головы книзу и слетка в сторону. На снимке, сделанном в вертикальном положении больного, выявляется горизонтальный уровень жидкости, который исчезает в течение суток или даже нескольких часов. Однако, очередной приступ может осложниться инфекцией с развитием гайморита.

Рис. 2-а, б, в, г, д.

Острый синуит и вазомоторный и аллергический синусит (гайморит)

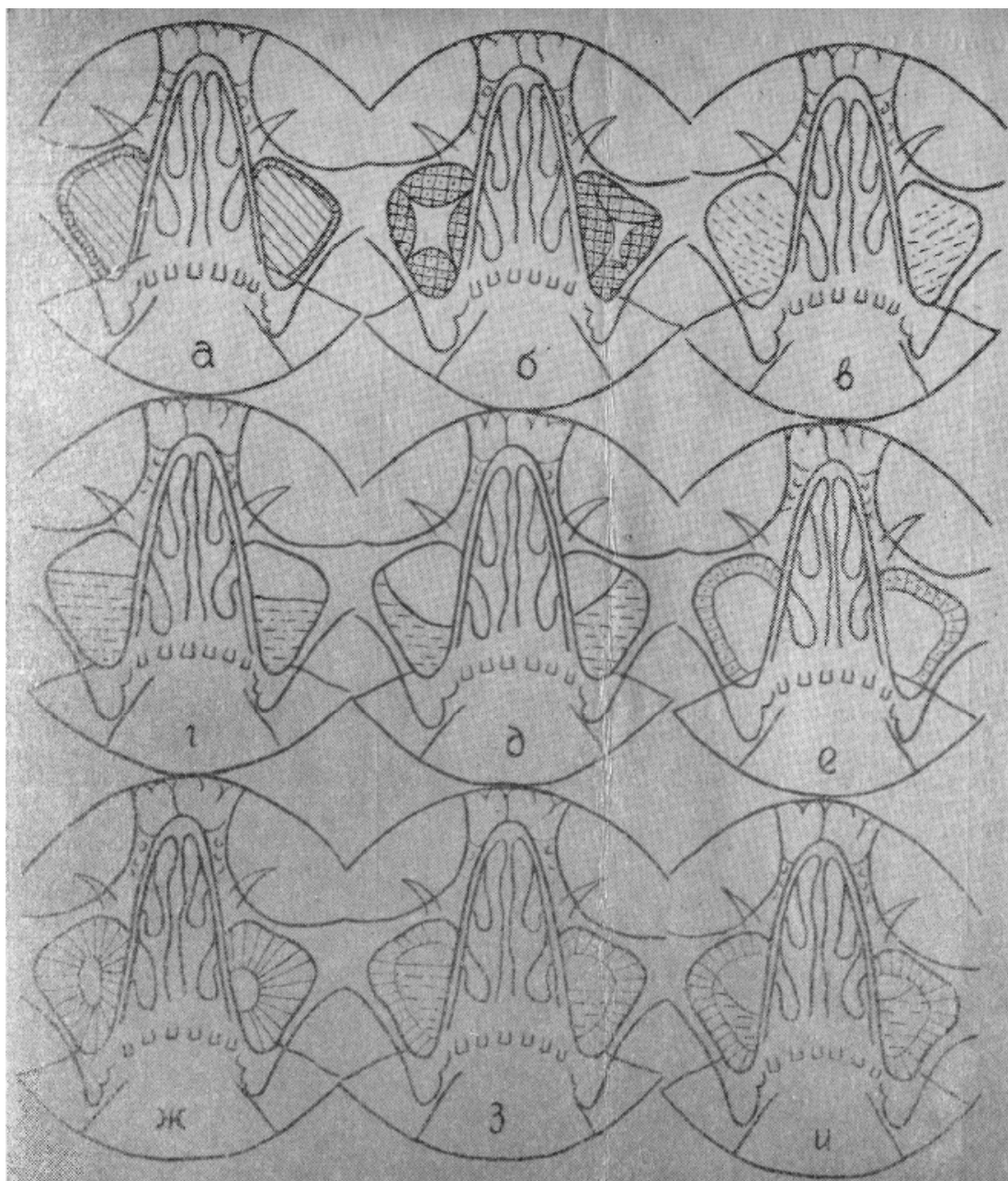


Рис. 2.

a — набухание слизистой оболочки; **б** — отек слизистой оболочки; **в** — на снимке, сделанном в горизонтальном положении больного, однородное затемнение с просветлением верхне-медиальных углов за счет свободного выпота; **з** — горизонтальные уровни жидкостей на снимке, сделанном в вертикальном положении больного; **д** — симптом «полумесяца» на вертикальном снимке; **е** — пристеночные теневые наслоения у наружной, верхней и нижней стенок пазух за счет гиперпластического процесса; **ж** — частичная облитерация пазух по концентрическому типу справа и эксцентрическому — слева; **з** — уровни жидкости в пазухах при обострении хронического гиперпластического процесса; **и** — разобщение пазух с полостью носа в фазе обострения хронического гиперпластического процесса — симптом «полумесяца».

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТОВ

Примечание: синуситы наблюдаются одновременно с обеих сторон, но фаза процесса может и не совпадать. Все формы хронического воспаления пазух подтверждены обострениями с отеком и экссудацией: серозной, серозно-гнойной и гнойной (хрон. эмпиема). Рис. 2-е, ж

Формы синуситов	Фиброзная	Гиперпластическая	Катарально-отечная	Смешанная	Атрофическая
Клинические признаки	При фиброзной форме синусита наблюдается неоднородное затемнение пораженной пазухи за счет соединительно-тканых и грануляционных разрастаний в пазухе с утолщением слизистой оболочки.	Гиперпластическая форма является наиболее частым видом синусита. От фиброзной формы на снимке, сделанном в подбородочно-носовой проекции, отличается полосой тени у стенок пазух шириной от 0,3 до 2 см и более за счет разрастания фиброзной ткани в толще слизистой и подслизистальным слоем. От пристеночного набухания и отека при остром процессе отличается стойкостью картины на повторно сделанных снимках. Эта форма синусита подвержена частым рецидивам с экссудацией и выпадением фибрина. Толщина наслоений со временем нарастает и ведет к частичной облитерации пазух, особенно верхнечелюстных. Однако, полной облитерации пазух с исчезновением ее просвета на снимках обычно не наблюдается.	Катарально-отечная форма проявляется на фоне типичной гиперпластической процессуальной оболочки придаточных пазух, отеком чаще всего на верхней стенке. Отек обычно предшествует фазе выпота. От пристеночных фиброзных наслоений отличается наличием симптомов, соответствующих формам синуситов. Нередко уточнение смешанных форм достигается только сравнительной оценкой данных на обзорных снимках и томограммах придаточных пазух носа.	Смешанная форма встречается в различных вариантах. Чаще всего это сочетание фиброзной формы с гиперпластической или последней с атрофической. Рентгенологически характеризуется наличием симптомов, соответствующих форм синуситов. Нередко уточнение смешанных форм достигается только сравнительной оценкой данных на обзорных снимках и томограммах придаточных пазух носа.	Атрофическая форма очень редко встречается самостоятельно. Четко определяется конституциональный характер страдания. Имеет значение нарушение нейтрофики, авитаминоз и т. д. Мucin как один из бактериальных факторов перестает функционировать в качестве средства биологической защиты. Слизистого характера выделения нередко застаиваются в придаточных полостях. Рентгенодиагностические возможности ограничены. На снимках в большинстве случаев определяется одностороннее, сравнительно небольшой интенсивности затемнение пораженных пазух. Редко встречается нормальная пневматизация и еще реже гиперпневматизация. Может окказаться истонченной одна из костных стенок верхнечелюстных пазух, чаще задне-наружная.
Клиническая картина форм хронических синуситов многообразна, различно проявляется у пораженной пазухи за счет соединительно-тканых и грануляционных разрастаний в пазухе с утолщением слизистой оболочки.	Возможны изменения костных стенок пазух, прочем как и при других формах синуситов. При этом наблюдается понижение интенсивности компактного слоя костной границы пазухи за счет остеопороза. Может быть истончение стенки. Остеосклероз наблюдается редко при переходе воспалительного процесса на кость. При этом в ряде случаев отмечаются кистовидные участки просветления в теле скуловой кости, диаметром до 2—3 мм.	Истончение стенки. Остеосклероз наблюдается редко при переходе воспалительного процесса на кость. При этом в ряде случаев отмечаются кистовидные участки просветления в теле скуловой кости, диаметром до 2—3 мм.	Истончение стенки. Остеосклероз наблюдается редко при переходе воспалительного процесса на кость. При этом в ряде случаев отмечаются кистовидные участки просветления в теле скуловой кости, диаметром до 2—3 мм.	Истончение стенки. Остеосклероз наблюдается редко при переходе воспалительного процесса на кость. При этом в ряде случаев отмечаются кистовидные участки просветления в теле скуловой кости, диаметром до 2—3 мм.	Истончение стенки. Остеосклероз наблюдается редко при переходе воспалительного процесса на кость. При этом в ряде случаев отмечаются кистовидные участки просветления в теле скуловой кости, диаметром до 2—3 мм.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ФАЗЫ ВЫПОТА ПРИ ОСТРЫХ, ХРОНИЧЕСКИХ СИНУИТАХ И ПОСЛЕ ТРЕПА-НАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ВНУТРИПАЗУШНЫМИ АНАТОМИЧЕСКИМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ И ФИБРОЗОМ

Количество выпота которое можно определить в верхнечелюстных пазухах

Острый синусит в фазе выпота

Хронический синусит в фазе обострения с выпотом

Выпот после трепанации верхнечелюстной пазухи

Киста ретенционная

Внутрипазухные анатомические образования и ограниченный фиброз слизистой оболочки пазух

10 мл и более жидкости дает понижение пневматизации, её или пораженной пазухи интенсивность убывает по направлению к верхне-медиальному углу пазухи. Даже при больших выпотах обычно не бывает затенения всей пазухи.

Понижение пневматизации пораженной пазухи с просветлением её верхне-медиального угла

Характеризуется понижением пневматизации пораженной пазухи с просветлением её верхне-медиального отдела. Отек в кульминационной фазе исключается на повторном снимке, сделанном через 2—3 дня после назначения противовоспалительной терапии. Отек при этом спадает.

После трепанации верхнечелюстной пазухи возникает однородное затенение средней интенсивности, обычно с четкой границей, расположенной у нижней или наружной стенок верхнечелюстной пазухи. Кисты lobных пазух обычно располагаются у нижней или медиальной стенок.

Ретенционная киста характеризуется тенью полукруглой формы средней интенсивности, нижней или наружной стенок верхнечелюстной пазухи. Кисты lobных пазух обычно располагаются у нижней или медиальной стенок.

Кисты, исходящие из верхней и медиальной стенок, провисают в пазуху, напоминая падающую каплю, но отграничиваются от отека постоянством, сохраняясь на повторном снимке. Кисты, возникающие из нижней стенки, нередко уплощаются, напоминая уровень слизистой оболочки носовой полости и верхнечелюстной пазухи в зоне пластики соустья. Отсутствие выпота после трепанации верхнечелюстной пазухи спустя месяц и в более отдаленные сроки снимке, сделанном в горизонтальном положении больного.

На подбородочно-носовом снимке в горизонтальном

Минимальное выявляемое количество жидкости в верхнечелюстной пазухе составляет 3,0—5,0 мл при среднем объеме пазухи. Объем пазухи широко варьирует от 10 до 30 и более мл. Следовательно при больших пазухах 3,0 мл жидкости может и не определяться.

Выпот характеризуется симптомами: мениска, горизонтального уровня и полумениска. Симптом мениска возникает в суженном верхнем участке lobной пазухи. Симптом горизонтального уровня и полумениска наблюдается в верхнечелюстных пазухах. При симптоме полумениска располагается в виде кривой приподнятой у наружной границы. Симптом полумениска возникает вследствие разобщения пазухи с полостью носа. При симптомах уровня и мениска частично сохраняется дренажное и аэрация пазухи (рис. 2-г, д).

У оперированных нередко определяется уровень, ме-ниска и полумениска, но в отличие от острого синуса верхняя наружная граница жидкости не доходит до костной стенки пазухи. Такое расположение экзудата косвенно подтверждает за-нятость стенки верхнечелюстной или lobной пазух пристеночными фиброзными наслоениями (рис. 2—3, и). Частотой выпота колеблется в зависимости от контингента обследованных больных от 5,7% (Авдонин), до 15,8% (Бухман).

Кисты, исходящие из верхней и медиальной стенок, провисают в пазуху, напоминая падающую каплю, но отграничиваются от отека постоянством, сохраняясь на повторном снимке. Кисты, возникающие из нижней стенки, нередко уплощаются, напоминая уровень слизистой оболочки носовой полости и верхнечелюстной пазухи в зоне пластики соустья. Отсутствие выпота после трепанации верхнечелюстной пазухи спустя месяц и в более отдаленные сроки снимке, сделанном в горизонтальном положении больного.

На подбородочно-носовом снимке в вертикальном положении

Минимальное выявляемое количество жидкости в верхнечелюстной пазухе составляет 3,0—5,0 мл при среднем объеме пазухи. Объем пазухи широко варьирует от 10 до 30 и более мл. Следовательно при больших пазухах 3,0 мл жидкости может и не определяться.

Выпот характеризуется симптомами: мениска, горизонтального уровня и полумениска. Симптом мениска возникает в суженном верхнем участке lobной пазухи. Симптом горизонтального уровня и полумениска наблюдается в верхнечелюстных пазухах. При симптоме полумениска располагается в виде кривой приподнятой у наружной границы. Симптом полумениска возникает вследствие разобщения пазухи с полостью носа. При симптомах уровня и мениска частично сохраняется дренажное и аэрация пазухи (рис. 2-г, д).

У оперированных нередко определяется уровень, ме-ниска и полумениска, но в отличие от острого синуса верхняя наружная граница жидкости не доходит до костной стенки пазухи. Такое расположение экзудата косвенно подтверждает за-нятость стенки верхнечелюстной или lobной пазух пристеночными фиброзными наслоениями (рис. 2—3, и). Частотой выпота колеблется в зависимости от контингента обследованных больных от 5,7% (Авдонин), до 15,8% (Бухман).

Кисты, исходящие из верхней и медиальной стенок, провисают в пазуху, напоминая падающую каплю, но отграничиваются от отека постоянством, сохраняясь на повторном снимке. Кисты, возникающие из нижней стенки, нередко уплощаются, напоминая уровень слизистой оболочки носовой полости и верхнечелюстной пазухи в зоне пластики соустья. Отсутствие выпота после трепанации верхнечелюстной пазухи спустя месяц и в более отдаленные сроки снимке, сделанном в горизонтальном положении больного.

Примечание: свободная жидкость в клиновидной пазухе определяется преимущественно на снимке, сделанном в горизонтальном положении больного, а в lobной пазухе как на горизонтальном, так и на вертикальном снимках, причем лучше на последнем. В верхнечелюстных пазухах: выпот отчетливо определяется на снимке, сделанном в вертикальном положении больного. Рис. 2-в, 3, и.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА КИСТ (ретенционных и ложных) И ОТЕКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ В ПРИДАТОЧНЫХ ПОЛОСТЯХ НОСА

Патологические образования	Ретенционная киста	Ложная киста	Отек
Признаки поражения.	Рентгенологически частота кисты в верхнечелюстных пазухах составляет от 10 до 18% при хронических гайморитах. В лобных пазухах киста возникает редко.	Ложная киста в верхнечелюстных пазухах на операции выявляется часто, рентгенологически редко.	Отек слизистой оболочки в придаточных полостях носа встречается часто при острых синусах, особенно у детей и подростков, возникает и при обострениях хронических синуситов (8,6% по А. Х. Амировой)
Клинические данные.	Ретенционная киста имеет много общего с картиной хр. синусита. Жалобы больных на головные боли, иногда приступообразного характера. Возможна отчетливая слизистый оболочки средних и нижних раковин. Серозный или серозно-гнойный секрет в носовых ходах. У некоторых больных отсутствуют какие-либо объективные данные. Сглаженность носогубной складки, чувство ломоты и распирания в области пораженной пазухи, тем более свист на десне является поздним признаком больших кист. Кисты лобных пазух отличаются тяжелым течением, ведущим иногда к ограничению или даже к потере трудоспособности. Нередко возникают самопроизвольные разрывы оболочки кисты без рецидива. Необходимо дифференцировать с вариантом строения решетчатого лабиринта с выбуханием верхней ячейки в просвет лобной пазухи, симулирующим на снимках кисту лобной пазухи. Подуруглая, с узловатостью при palpation спаяк.	Аллергологический анамнез в виде бронхиальной астмы, катара верхних дыхательных путей, экзем, ревматизма и др. проявлений наблюдается у больных до 70% по наблюдениям Г. С. Яковлева. Отчетливая слизистый оболочки среднего носового хода и раковин. Наличие слизисто-серозного секрета в носу у 42—70% больных по данным разных авторов. Озинофилия в крови и в мазках из носового секрета встречается часто.	Острому синуситу обычно предшествуют грипп и простудные заболевания. Появляется заложенность носа, скудные выделения преимущественно серозного характера. В период обострения хронических синуситов при катарально-отечных формах возникает затруднение носового дыхания, отчетливая слизистый оболочки носовой полости. Серозно-гнойное отделяемое в среднем носовом ходе.
Рентгенологические данные: форма образования.	Отчетливо видна, при размерах с лесной орех и больше. Четкие и ровные. Чаше на нижней и наружной стенках. Одиночно, редко два, три В одной, нередко в обеих верхнечелюстных пазухах	Обычно овальная, что, очевидно, обусловлено отсутствием эпителиальной выстилки. Уплотняется на вертикальном снимке. С фасоль и больше Четкие Чаше на нижней и наружной стенках	Овальная, основание плоское Основание отека соответствует протяженности стенок пазухи Ровные Чаше на верхней и наружной. При острых процессах одновременно на всех стенках.
Контур образования. На какой стенке располагается.	Одиночно, редко два, три В одной, нередко в обеих верхнечелюстных пазухах	Один, редко два В одной, нередко в обеих верхнечелюстных пазухах	В одной пазухе. Иногда одновременно в двух смежных пазухах или в обеих верхнечелюстных пазухах
Количество очагов поражения В одной или двух пазухах	Закругляет границы пазухи, заполняя её. Большая киста вызывает остеопороз наружной стенки пазухи Увеличивается заметно через 4—6 месяцев	Возможно истончение наружной стенки верхнечелюстной пазухи Увеличивается очень медленно. Уменьшается под влиянием лечения, особенно десенсибилизирующей и кортикостероидной терапии	При остром процессе убывает в течение нескольких дней. При обострениях хрон. синуситов, особенно катарально-отечных формах сохраняется неделями.
Состояние костных стенок	Закругляет границы пазухи, заполняя её. Большая киста вызывает остеопороз наружной стенки пазухи	Возможно истончение наружной стенки верхнечелюстной пазухи	При остром процессе убывает в течение нескольких дней. При обострениях хрон. синуситов, особенно катарально-отечных формах сохраняется неделями.
Изменения в динамике	Увеличивается заметно через 4—6 месяцев	Увеличивается очень медленно. Уменьшается под влиянием лечения, особенно десенсибилизирующей и кортикостероидной терапии	При остром процессе убывает в течение нескольких дней. При обострениях хрон. синуситов, особенно катарально-отечных формах сохраняется неделями.

Рис. 3.

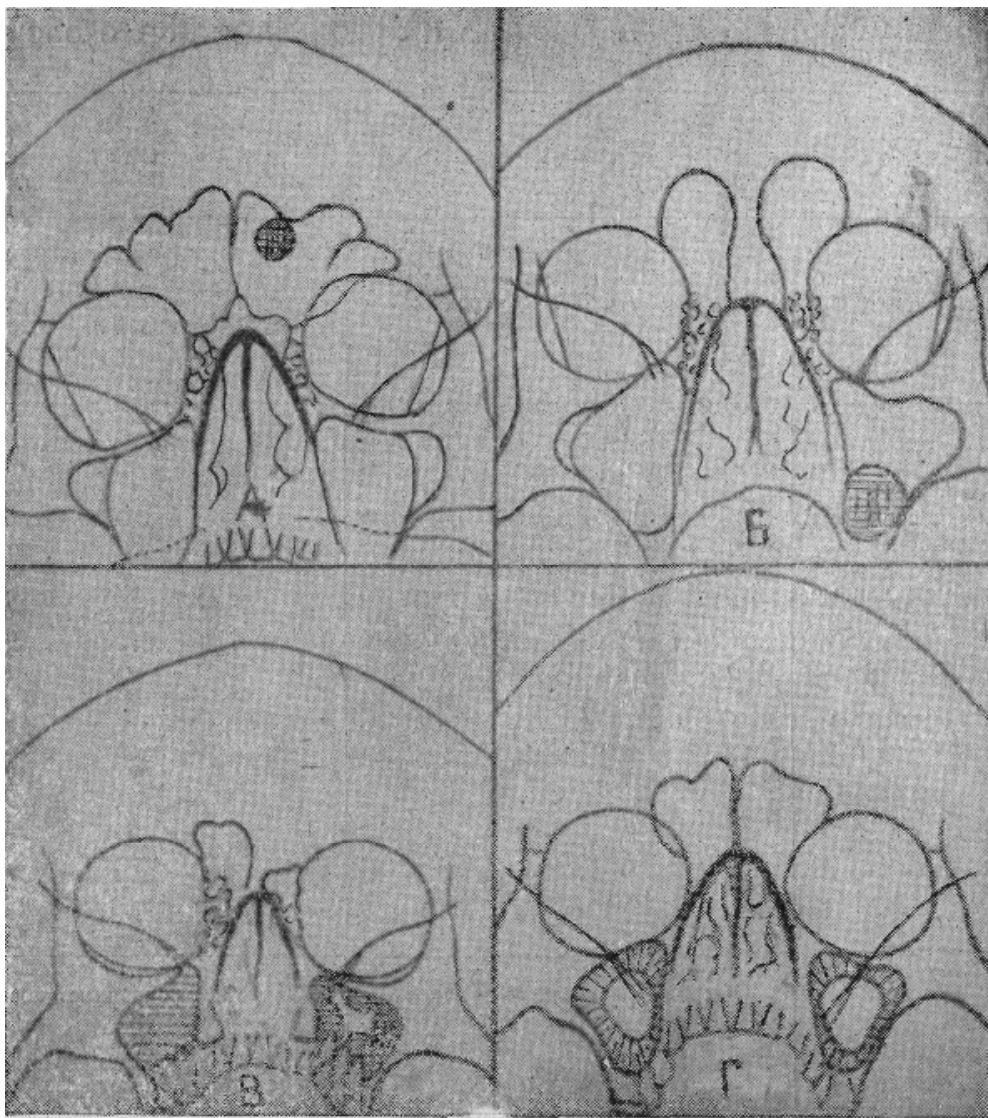


Рис. 3.

А — так называемая зачаточная остеома, исходящая из верхней стенки лобной пазухи слева. *Б* — ретенционная киста в левой верхнечелюстной пазухе. *В* — отек у всех стенок левой верхнечелюстной пазухи, однородное затемнение правой верхнечелюстной пазухи за счет кульминационной фазы отека. *Г* — гиперпластический процесс в верхнечелюстных пазухах.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ОГРАНИЧЕННЫХ ВНУТРИПАЗУШНЫХ ПРОЦЕССОВ (остеома, киста, отек, гиперпластические наслоения)

Заболевания	Остеома	Ретенционная киста	Отек слизистой оболочки	Гиперпластический процесс
Признаки				
В какой пазухе возникает	В лобной, решетчатом лабиринте, редко в верхнечелюстной	В верхнечелюстной, редко в лобной	В верхнечелюстной и лобной	В верхнечелюстной и лобной
Локализация на стенках	Чаще на верхней	Чаще на нижне-наружной	Чаще на верхней и наружной	На всех стенках, реже на медиальной
Величина	Зачаточная форма с горошину, нередко достигает величины пазухи	Отчетливо видна при размерах с лесной орех и больше	Основание отека соответствует протяжению стенки пазухи	Соответствует величине стенки
Форма	Округло-овальная, при большой величине повторяет форму пазухи	Полукруглая	Овальная, основание плоское	Плоско-вогнутая в виде полосы
Контур	Ровные и четкие	Четкие и ровные	Ровные	Ровные, реже бахромчатые
Количество очагов поражения	Обычно одиночное	Одиночное, очень редко два, три	На двух, трех и даже на всех стенках	На двух, трех или на всех стенках
Изменения в динамике	Через год и более	Увеличивается заметно через 4—6 месяцев	Убывает в течение нескольких дней или недель	Тенденция к нарастанию месяцами
Состояние костных стенок	Заполняя пазуху расширяет границы и истончает её стенки	Заполняя пазуху раздвигает её границы с тенденцией к закруглению. В последующем может вызвать остеопороз и даже деструкцию нижне-наружной стенки пазухи	Изменений не наблюдается	Возможен краевой остеопороз или гипертостоз

Примечание: остеомам соответствует большая интенсивность тени.

Рис. 3 — А — Г

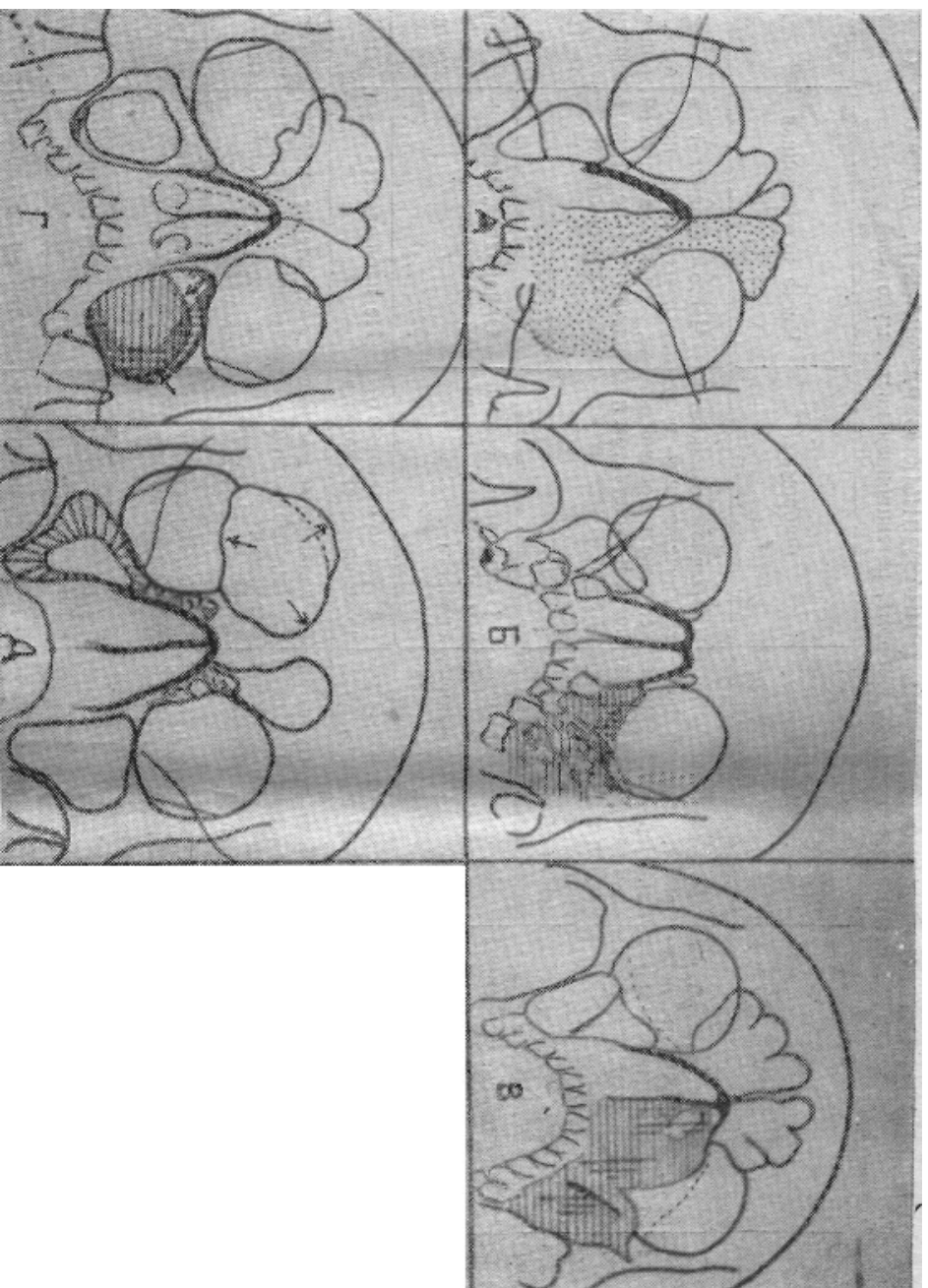


Рис. 4.
А — рак носа или решетчатого лабиринта, прорастающий в верхнечелюстную пазуху. *Б* — саркома левой верхнечелюстной пазухи. *В* — фиброма лицевого скелета слева. *Г* — боковая ретинональная киста в левой верхнечелюстной пазухе на фоне выраженного гиперпластического процесса (стрелками обозначена граница кисты). *Д* — мюкоцеле лобной пазухи справа.

Таблица 8

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКА ВНУТРИПАЗУШНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, ДАЮЩИХ ОДНОРОДНОЕ ЗАТЕНЕНИЕ (рак, саркома, фиброма, ретенционная киста, мукцеле)

Заболевания	Рак	Саркома	Фиброма	Киста ретенционная	Мукцеле
Признаки					
В какой пазухе возникает.	В верхнечелюстной пазухе, решетчатом лабиринте и очень редко в лобной пазухе.	В верхнечелюстной пазухе, носовой полости. Нередко верхнечелюстные пазухи вовлекаются при поражении опухоли верхней челюсти	Обычно возникает в верхнечелюстной пазухе, реже в носовой полости и решетчатом лабиринте	Часто возникает в верхнечелюстной пазухе, редко в лобной исключительно редко в клиновидной пазухе	Возникает в лобной пазухе, решетчатом лабиринте, редко в верхнечелюстной пазухе
Структура и интенсивность тени	Однородная, умеренной интенсивности.	Не совсем однородная, от умеренной до более выраженной, иногда облучковидная	Однородная, больше чем умеренной интенсивности	Однородная, умеренной интенсивности	Однородная, больше чем средней интенсивности
Обызвествления на фоне тени.	Не наблюдаются.	Иногда очаговые остеоидные включения	Нередко очаговые отложения солей известня	Не наблюдаются	Не наблюдаются
Состояние костных стенок.	Величина обычно сохраняется, но рано возникает деструкция.	Разрыв контура наружной стенки и деструкция прилегающих участков	Раздвинутые костные стенки, выраженная деформация	Закругление пазухи, остеопороз и остеолиз при кистах, заполняющих пазухи	Границы раздвинуты, четкие и даже подчеркнуты
Поражение костных стенок.	Наружной преимущественно	Всех стенок, преимущественно верхне-наружной	Преимущественно верхней и наружной	Преимущественно наружной и задней	Преимущественно глазничной и мозговой стенок лобной пазухи
Изменения в динамике.	Нарастает в течение недель.	Нарастает в течение недель и месяцев	Нарастает месяцами и годами	Нарастает месяцами	Нарастает месяцами и годами
Клиника	Вначале протекает скрыто без особых клинических проявлений. Возможна боль, схожая с зубной болью. Выделения из носа гнойные с примесью крови. В поздней стадии заболевания определяется деформация носа, глазницы, щечной области и опухоль, видная при риноскопии. Подтверждающими признаками являются раковые клетки в пунктате и промывных водах из пазухи. Возникает чаще у пожилых.	Припухлость на десне над зубами и на твердом небе. Распатывание и выпадение зубов, боли неврол. характера. Деформация лица, злово-инные выделения из носа, кровоотечения. Нарастающая опухоль. Возникает чаще у молодых и подростков	Клиника не характерна, трудно отличить от саркомы. От добр. опухоли отличается большей энергией роста. Резко обезображивает лицо. Опухоль плотная на ощупь. Деформируется пазуха и глазница. Глазное яблоко смещается. Острота зрения падает. Возникает у молодых	Клиника не типична, протекает как хрон. тайморит или фронтит. Возможны тройничного нерва и ощущение распирания пазухи. Возникает в молодом, среднем и пожилом возрасте	Жалобы больших на давление и боли в области пораженной пазухи. Опухолевидное образование у верхне-медialного угла глазницы. Смещение глазного яблока вниз и кнаружи в разной степени. Иногда обнаруживается опухоленодобное выпячивание в среднем - носовом ходе. Возникает в среднем и пожилом возрасте

Примечание: Рак и саркома нередко имеют сходную рентгенологическую картину, поэтому обычно приходится говорить о злокачественном новообразовании пазух. Однако приведенные признаки дифференциации все же должны привлечь внимание, т. к. иногда они могут способствовать уточнению этих двух злокачественных опухолей. Сведения о мукцеле даны применительно к локализации в лобной пазухе, т. к. авторы кистевидные расширения исходящие из других пазух не наблюдали (см. дополн. табл. 7), Рис. 4А, Б, В, Г, Д.