

10116

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР

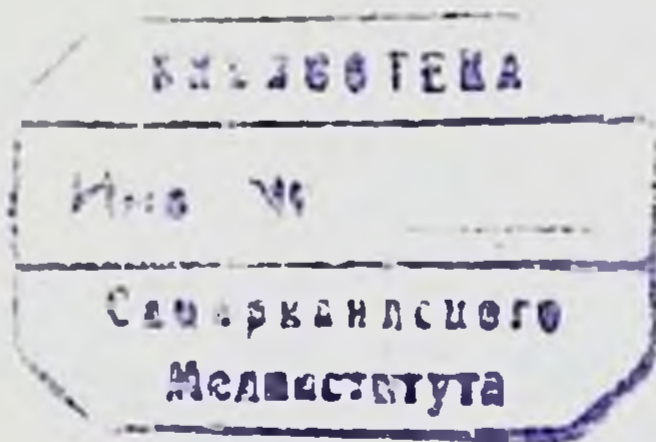
ЛЕНИНГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ЛЕНИНА
ИНСТИТУТ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ВРАЧЕЙ ИМ. С. М. КИРОВА

И. Н. ШАЦ

**КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ
НАБЛЮДЕНИЯ ЗА СИНУИТАМИ У ДЕТЕЙ,
БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ**

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



**ЛЕНИНГРАД
1965**

Работа выполнена на кафедре рентгенологии Ленинградского Государственного ордена Ленина Института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова и в детском ревматическом санатории «Дюны» Ленинградского Горздравотдела

НАУЧНЫЕ РУКОВОДИТЕЛИ:

доктор медицинских наук профессор **Ш. И. АБРАМОВ**

доктор медицинских наук профессор **А. Б. ВОЛОВИК**

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

доктор медицинских наук профессор **М. Д. ГАЛЬПЕРИН**

доктор медицинских наук профессор **Н. А. ШАЛКОВ**

Дополнительный отзыв дает Ленинградский педиатрический медицинский институт

Защита диссертации состоится « » 1965 г.

Ревматизм у детей довольно распространенное тяжелое заболевание, часто дающее обострение и рецидивы. Причиной их обычно является инфекционный очаг, находящийся в организме больного. Такими очагами инфекции могут быть воспалительные процессы в миндалинах, кариозных зубах, придаточных пазухах носа и т. п. (Г. Ф. Ланг, 1938; Н. Д. Стражеско, 1939; Д. Д. Лебедев, 1950; А. Б. Воловик, 1955 и др.). Раннее выявление и лечение сопутствующего синусита при ревматизме имеет важное значение для профилактики обострения ревматического процесса. Вместе с тем многие вопросы синуситов у детей являются еще дискуссионными. В частности, в литературе нет единого мнения о частоте заболеваний придаточных пазух носа у детей. Одни авторы (Д. П. Суркин, 1954; Венеклас, 1958; Урбан, 1956 и др.) отмечают синуситы у детей в возрасте до 14 лет в 6,0—10,0%, другие (Л. И. Кальштейн, 1956; В. М. Сахарова, 1961 и др.) — значительно чаще (17,0—19,0%).

Слизистая оболочка придаточных пазух носа весьма чувствительна к инфекции. Так, И. Тенцер (1940) с помощью гистологических исследований установил, что слизистая оболочка носа реагирует на многие инфекции и в 84,0% наблюдал воспалительный процесс или отек. Отсутствие единого мнения о частоте синуситов у детей объясняется трудностью их диагностики.

Мы изучили частоту поражения придаточных пазух носа у 2050 детей, больных ревматизмом, в условиях детского ревматического санатория. При клинко-рентгенологическом обследовании выявлены заболевания придаточных пазух носа у 414 детей (20,2%) с некоторым преобладанием их у девочек.

Коэффициент, характеризующий частоту заболеваний придаточных пазух носа по расчету на 100 детей, больных ревматизмом, в среднем составляет $20,2 \pm 0,89$. Указанный коэффициент заболеваемости почти в 23 раза превышает статистически вычисленную, свою среднюю ошибку. Это доказывает полную надежность полученных данных заболеваемости

придаточных пазух носа у детей, больных ревматизмом, в данных условиях, времени и места. Среди заболеваний пазух значительно преобладают воспалительные процессы (394 или 19,2%). Изредка наблюдаются кисты верхнечелюстных пазух (20 или 1,0%).

По возрасту больные ревматизмом в сочетании с синуситом распределялись следующим образом: больше всего в 10—12 лет, меньше — в 13—15 и в 7—9 лет.

Нами прослежена частота заболеваний придаточных пазух носа в зависимости от активности ревматического процесса. Коэффициент, характеризующий частоту синусита по расчету на 100 детей, больных ревматизмом, в среднем составляет:

активная фаза ревматизма $20,6 \pm 1,1$ и
неактивная фаза ревматизма $16,6 \pm 1,5$.

Приведенные данные позволяют утверждать, что активность ревматического процесса оказывает определенное влияние на частоту поражения придаточных пазух носа.

В противовес многим исследователям (Натали, 1956; Тэракол, 1956; Люстиг, 1959 и др.), которые указывают, что синуситы наблюдаются обычно при ревматизме с поражением суставов, мы выявили синуситы и при поражении сердца и нервной системы. Поражения придаточных пазух носа больше наблюдаются весной, меньше — летом, а осенью и зимой вновь отмечается их рост. О сезонном влиянии на частоту синусита указывают также Реклинг и Уорнинг (1947), Браун (1950) и др.

Вместе с тем недостаточно уделяется внимания выявлению заболеваний придаточных пазух носа у детей, больных ревматизмом. Так, при направлении детей в санаторий в документах указания на наличие синуситов имелись лишь у 1,5% больных.

Синуситы часто сопровождаются разнообразными клиническими проявлениями. В литературе описано до 50 симптомов (Браун, 1950). Слабость, затрудненное носовое дыхание, головная боль и кашель — обычные жалобы у этих детей. У них отмечается бледность кожных покровов, субфебрильная температура, ускоренная РОЭ и т. п. Эти признаки не патогномоничны только для синусита. Они встречаются и при хроническом рините, тонзиллите, катаре верхних дыхательных путей и других заболеваниях.

К местным симптомам болезни относятся: стекание гноя по задней стенке глотки, гнойные (слизистые) выделения из носовых ходов и др.

Отмеченные выше субъективные и объективные клинические признаки при ревматизме, в сочетании с синуситом наблюдаются чаще, чем в контрольной группе без синусита.

Имеется зависимость между распространенностью патологического процесса в придаточных пазухах носа и клиническим проявлением болезни. Двустороннее поражение пазух дает чаще клинические проявления, чем одностороннее. Усиление воспалительного процесса нередко способствует появлению клинических признаков синусита. Распознавание их усложняется и тем, что клинические проявления (общая слабость, головная боль, ускоренная РОЭ, лейкоцитоз и др.) могут быть обусловлены также ревматическим процессом. Отрицательные данные риноскопии еще более усложняют диагностику синусита. В этих случаях большую помощь оказывает рентгенологический метод исследования.

Нельзя не согласиться с Крукс (1956), Лебретон (1957) и др., что хронические риниты, плохо поддающиеся лечению, в основе имеют синусит. И мы у детей, больных ревматизмом, нередко (24,0%) обнаруживали хронический ринит, а специальные исследования (рентгенография и пункция верхнечелюстных пазух) — помогли выявить синусит. Иными словами, ринит в данных случаях был проявлением хронического синусита.

Вместе с тем синусит может вызвать фарингит (Тэракол и Герье, 1958; Люстиг, 1959 и др.), отит (Натали, 1956), конъюнктивит, кератоз и другие заболевания органов зрения (М. М. Балтин, 1951; Поулин, 1960 и др.). Эти заболевания нередко являются следствием латентно протекающего синусита. Однако, в наших наблюдениях, и фарингит (14,6%) и отит (3,1%) и конъюнктивит (0,9%) отмечались редко. Это следует объяснить снижением вирулентности возбудителей синуситов, вследствие применения антибиотиков (И. М. Сандлер, 1961; Кехт, 1955; Маллет с соавторами, 1960 и наши наблюдения).

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют, что проявлением латентно протекающего синусита могут быть: ринит, фарингит, отит и другие заболевания. Следовательно, указанные проявления должны служить поводом к поискам синуситов, могущих влиять на течение основного заболевания.

Вместе с тем мы, как и Тэракол и Герье (1958), в значительном числе наблюдений не отмечали клинических проявлений синусита. Выявление латентно протекающего синусита возможно при тщательном клинико-рентгенологическом исследовании придаточных пазух носа (М. С. Маслов, 1955; Г. Б. Урьева, 1961 и др.).

Наши наблюдения проведены на 225 из 414 детей с выявленными поражениями придаточных пазух носа, у которых эти изменения прослежены в динамике. Двустороннее поражение пазух (118 наблюдений) преобладало над односторонним (107 наблюдений). Основным методом рентгенологиче-

ского исследования была многоплоскостная рентгенография (носо-подбородочная, лобно-носовая и боковая проекции). В качестве дополнительных методов исследований применялись томография (40 наблюдений) и гайморграфия (50 наблюдений). В случаях подозрения на наличие экссудата в гайморовой пазухе производились и снимки в вертикальном положении.

Для уменьшения «лучевой нагрузки» обследуемых детей был применен комплекс мероприятий, предотвращающих вредное действие рентгеновских лучей.

При оценке состояния придаточных пазух носа учитывали их величину, контуры и воздушность, а носовой полости — состояние перегородки, раковин и их форму.

Среди поражений придаточных пазух носа у детей, больных ревматизмом, изменение верхнечелюстных пазух занимает основное место (99,2%) в одних случаях, в сочетании с поражением других пазух (51,6%), в других — изолированные (47,6%). Эти данные согласуются с литературными (Виллемо, 1959). Среди хронических синуситов у детей поражение гайморовых пазух составляет 93,0%. Изменения лобных пазух нами наблюдались изредка (6,1%) как в сочетании с поражением других пазух (5,3%), так и изолированные (0,8%). Важным является частое сочетание поражений гайморовых пазух и решетчатого лабиринта. Изменение последних, как правило, сочетанное (50,8% из 51,6%).

В рентгенологической картине патологические изменения придаточных пазух носа проявляются или в виде однородного понижения прозрачности, или неоднородного, или, наконец, пристеночного затенения линейного или округлого характера. Вместе с тем возможны и их сочетания.

Активность ревматического процесса нередко способствует более выраженным изменениям придаточных пазух носа при наличии синусита. Так, интенсивное понижение прозрачности пазух при активной фазе ревматизма наблюдалось в 32,9%, а при неактивной — в 20,9%.

Однородное понижение прозрачности может быть интенсивное и малоинтенсивное.

Однородное интенсивное понижение прозрачности было выявлено у 76 из 225 детей (33,8%). Это патологическое состояние обусловлено или отеком слизистой (19,3%), или отеком слизистой с гнойным содержимым (12,0%), или полипозом с одновременным наличием гноя (0,8%), или, наконец, кистой (1,7%). В 40 из 49 наблюдений при пункциях гайморовых пазух, с подозрением на наличие в полости экссудата, была получена жидкость различного характера. Следовательно, при однородном интенсивном понижении прозрачности пазух нередко анатомическим субстратом является экссудат. Наши данные, вместе с тем, свидетельствуют, в противовес

полученным у взрослых (Т. П. Трегубова, 1952), о редкости полипоза гайморовых пазух. Видимо, эти глубокие изменения слизистой оболочки у детей не успевают развиваться.

Однородное *малоинтенсивное* понижение прозрачности выявлено у 11 из 225 детей (4,9%). Такая рентгенологическая картина характерна для отека слизистой в фазе обратного развития хронического синусита (2,7%) или отека при остром синусите (2,2%).

Неоднородное понижение прозрачности было выявлено у 45 из 225 детей (20,0%). Эти изменения обусловлены или отеком слизистой (12,9%) в фазе обратного развития воспалительного процесса, или отеком слизистой с гнойным содержимым (4,9%), или полипозом (2,2%), установленным с помощью томографии или гайморোগрафии. В 11 из 18 наблюдений, когда подозревалось наличие экссудата в гайморовых пазухах, при пункции получена жидкость различного характера.

Пристеночные затенения установлены у 93 из 225 детей (41,3%), чаще в результате отека слизистой при хроническом синусите (35,6%), изредка — при остром синусите (1,3%). Наряду с этим анатомическим субстратом пристеночных затенений являлись отек слизистой в сочетании с гноем (1,3%). Среди пристеночных затенений гайморовой пазухи были выявлены и кисты (4,4%).

Пристеночные затенения, вызванные отеком слизистой, часто возникают на почве хронического катарального гайморита, хотя не исключается возможность и наличия гноя. Обнаружение в рентгенологической картине пристеночных затенений с неизменным центральным участком пазухи свидетельствует об утолщении слизистой оболочки без наличия секрета. Это подтверждается и оперативными данными Маспеттиол, Шове и Карэ (1951).

Пристеночные затенения линейного характера обычно обусловлены отеком и гиперплазией слизистой оболочки. При этом слизистая носа или гиперемирована, или имеет нормальную окраску. Течение синусита обычно медленное. Эозинофилия в крови, хотя и наблюдается (19,0%), однако она встречается и у больных ревматизмом без наличия синусита (20,0%). Это дает основание исключить чисто аллергический характер заболевания.

В ряде наблюдений (у 3 детей) эти затенения линейного характера обуславливались отеком слизистой и гнойным содержимым. Неоднократная риноскопия при этом определяла слизисто-гнойный характер выделений из носовых ходов. Это давало повод заподозрить хронический гнойный синусит.

Наряду с линейными затенениями пристеночные образования в пазухах могут иметь и округлые очертания. Анато-

мическим их субстратом часто является киста, изредка — отек слизистой на ограниченном участке.

Киста гайморовой пазухи в рентгенологической картине определяется в виде однородного интенсивного затенения, интимно связанного наиболее часто с нижней его стенкой. Свободный ее контур имеет четкие округлые очертания. В этих случаях эффект диагностической пункции зависит от того, проникла ли игла в полость кисты или находится вне ее. В наших случаях, пункция достигла цели у 3 из 10 детей. Как показали наши наблюдения, пункция дает отрицательные результаты при кистах, имеющих небольшие размеры, а также при хроническом синусите с полипозно измененной слизистой или резко выраженной гиперплазией без наличия экссудата. Однако это не исключает значения диагностической пункции, поскольку выявление гнойного экссудата при пристеночных затенениях нередко решает взаимообусловленность хронического синусита с фарингитом и отитом. Следовательно, диагностическая пункция является дополнительным методом диагностики заболеваний гайморовых пазух.

Важным в диагностике заболеваний придаточных пазух носа имеет обнаружение *изменений костных стенок*, несмотря на то, что они наблюдаются не так часто (8,4%). В этих случаях костные стенки или вовсе не определяются, или едва контурируются, или утолщены, или, наконец, склерозированы.

Исчезновение контуров стенок пазух (0,9%) было обусловлено полипозом и резкой гиперплазией слизистой.

Наиболее часто изменения костных стенок пазух проявлялось в виде нечетких их контуров (5,8%). Она обусловлена полипозом, сочетанием отека с гноем, а также фиброзно измененной слизистой.

Утолщение костных стенок (1,3%), нерезко выраженное у детей, вызывалось хроническим гнойным синуситом. Заслуживает внимания возможность склерозирования костных стенок гайморовой пазухи (0,4%) при многолетнем хроническом гнойном синусите с выраженными клиническими проявлениями.

Таким образом, в отличие от синуситов взрослых, у детей редко наблюдаются склероз и выраженное утолщение костных стенок пазух, также как и вообще редко они вовлекаются в патологический процесс. Последнее наблюдается исключительно при глубоких поражениях слизистой. Весьма характерным является то обстоятельство, что киста пазухи всегда протекает при неизменной костной стенке. Все эти изменения со стороны пазух выявляются при многоплоскостной рентгенографии. Вместе с тем некоторые патологические процессы при этом не могут быть выявлены.

Дополнительным методом исследования у детей может

явиться *томография*. Однако она, как и у взрослых, может значительно увеличить «лучевую нагрузку» на ребенка. Это и побуждает применить одномоментную (симультанную) серийную томографию придаточных пазух носа. Томографические «срезы», произведенные в различных проекциях (передняя и боковая) и глубинах, позволяют уточнить характер изменений, выявленных при многоплоскостной рентгенографии. Особенно ценной является томография в боковой проекции, позволяющая не только уточнить эти изменения (отек, гиперплазия, полипоз, фиброз и т. п.), но и установить протяженность процесса.

При хроническом гайморите с отеком и гиперплазией слизистой оболочки нередко многоплоскостная рентгенография выявляет однородное интенсивное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи. Послойное рентгенологическое исследование в носо-подбородочной и боковой проекциях на фоне понижения прозрачности выявляет округлый участок просветления. Это свидетельствует, что однородное интенсивное понижение прозрачности в данных наблюдениях обусловлено резким отеком слизистой оболочки. Наблюдения за больными подтверждают результаты томографического исследования.

При хроническом гайморите с отеком и гиперплазией нередко пазуха содержит гной. Многоплоскостная рентгенография определяет однородное интенсивное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи. При томографическом исследовании на фоне понижения прозрачности, в отдельных «срезах», в центре пазухи неотчетливо определяется участок просветления, что может указывать на наличие экссудата.

При резкой гиперплазии и полипно измененной слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи многоплоскостная рентгенография часто выявляет интенсивное понижение прозрачности. Костные стенки малоконтрастны или вовсе не изменены. На томограммах придаточных пазух носа определяется понижение прозрачности с участками просветления. Создается характерная картина пятнистости.

Киста больших размеров на обычных рентгенограммах может дать однородное интенсивное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи. На томограммах в носо-подбородочной, и особенно в боковой проекциях, выявляется однородная тень с округлым четким верхним контуром, прилегающая широким основанием к нижней стенке пазухи. Видна связь ее с корнями зубов.

Нередко киста гайморовой пазухи сопровождается отеком и гиперплазией слизистой оболочки, которые при многоплоскостной рентгенографии дают интенсивное понижение прозрачности пазухи. На томограммах, наряду с округлой тенью

с четким ровным контуром, прилегающей к нижней стенке пазухи, определяются и пристеночные затенения в области передней и задней стенок. Костные стенки при этом не изменены.

При многоплоскостной рентгенографии придаточных пазух носа у некоторых больных выявляется неоднородное понижение прозрачности и уменьшение размеров гайморовой пазухи. Эти изменения продолжают оставаться на протяжении нескольких месяцев. Томографическое исследование выявляет у них частичную облитерацию пазухи с фиброзно измененной слизистой оболочкой. Костные стенки при этом мало контрастны. На томограммах определяется значительное уменьшение объема пазухи с небольшими пристеночными изменениями в виде ободка, окаймляющего стенки полости.

При наличии пристеночных затенений округлого характера, выявленных при многоплоскостной рентгенографии, применение томографии позволяет дифференцировать кисту, отек слизистой на ограниченном участке, полип и новообразование.

Томографическое исследование придаточных пазух носа выявляет и редко наблюдаемую аномалию развития — многокамерные верхнечелюстные пазухи. При многоплоскостной рентгенографии выявляется неоднородное понижение прозрачности пазухи. На томограммах гайморовых пазух определяются округлые полости с четкими ровными стенками. С внутренней поверхности полостей видны пристеночные затенения линейного характера (утолщенная слизистая оболочка). Наличие многокамерных пазух с гиперплазией слизистой подтверждено гайморোগрафией.

Наконец, нельзя не учесть возможность наличия нормальных гайморовых пазух, хотя многоплоскостная рентгенография показывает их затенение. Томографическое исследование при этом находит лишь толстые костные стенки (2 наблюдения), тогда как слизистая оболочка оказывается нормальной.

Анализ произведенных нами томографических исследований у детей, страдающих синуситами, свидетельствует о том, что характер изменений при некоторых патологических состояниях пазух (полипоз, киста, отек слизистой и др.) весьма идентичен с картиной у взрослых, описанных в литературе (В. С. Брежнев, 1955; И. А. Шехтер, 1958; Ф. И. Лapidус, 1959; М. Х. Файзуллин, 1961 и др.). Вместе с тем томографическое исследование выявляет и некоторые данные, отличающие синусит у детей от аналогичных поражений взрослых (часто встречается отек слизистой, редко — полипоз и изменения костных стенок).

Томография, произведенная при обычных условиях, чревата большой «лучевой нагрузкой», в то время, как серийная

одномоментная томография в 6—7 раз сокращает дозу облучения. Так, если, в наших исследованиях, серия томограмм в передней проекции сопряжена с дозой облучения в 1,1 рентгена и в боковой — 0,9 рентгена, то 5 томограмм, произведенных в обычных условиях, дают «лучевую нагрузку» в 8 рентгенов (С. А. Рейнберг и Б. М. Алиев, 1962). Это свидетельствует о несомненном преимуществе одномоментной серийной томографии и, в частности, у детей.

Итак, в диагностике синуситов большое значение придается бесконтрастным методам исследований. Однако они не всегда позволяют установить характер патологических изменений в придаточных пазухах носа. В этих случаях, *контрастный метод* (гайморография) может оказать значительную помощь. Он позволяет уточнить характер патологического процесса в пазухах, его протяженность, локализацию и функциональное состояние слизистой оболочки.

Гайморография дает различную рентгенологическую картину, обусловленную отеком, полипозом, кистой, фиброзными и другими изменениями слизистой оболочки. Кроме того, при контрастном исследовании верхнечелюстной пазухи выявляется наличие экссудата и его характер, так как пункция пазухи является одним из этапов гайморографии.

При хроническом катаральном гайморите с гиперплазией и отеком слизистой на гайморограммах определяется равномерное утолщение слизистой. Контрастное вещество, равномерно заполняя пазуху, в одних, наиболее частых, случаях придает контурам ровный характер, в других — волнистый. Ровные контуры обусловлены отеком слизистой, волнистые — преобладанием гиперплазии. Последняя, в отличие от взрослых (А. Я. Николаева, 1955), у детей нерезко выражена.

При хроническом гнойном гайморите с отеком и нерезко выраженной гиперплазией слизистой контрастная рентгенография выявляет ее равномерное утолщение. Контуры при этом представляются ровными или имеют волнистые очертания. Костные стенки, в некоторых случаях, слабо выражены. Таким образом, при хроническом гнойном гайморите с отеком и гиперплазией слизистой рентгенологическая картина при гайморографии мало чем отличается от картины, наблюдаемой при хроническом катаральном гайморите. Здесь вопрос решают результаты пункции.

При хроническом гайморите, осложненном полипозом и выраженной гиперплазией слизистой, гайморография выявляет резкое уменьшение и деформацию просвета пазухи. Контрастное вещество распределяется в центральных отделах и образует округлые дефекты наполнения различных размеров с неровными контурами. Замыкающая пластинка стенок па-

зух при этом не изменена или мало контрастна. При пункции нередко содержимое гайморовой полости не определяется, также как не выявляется и пневматизация полости.

В нашем одном наблюдении одиночного полипа верхнечелюстной пазухи гайморография показала равномерное утолщение слизистой оболочки пазухи, в центре которой определялся круглый дефект наполнения с неровными контурами. Этот дефект наполнения связан мало контрастной дорожкой с верхней стенкой пазухи. Такую рентгенологическую картину мы трактовали, как полип на ножке с гиперплазией слизистой оболочки. Весьма характерно, что, в отличие от взрослых (А. Я. Николаева, 1955), в наших наблюдениях, полипозу гайморовой пазухи не сопутствовал полипоз слизистой носа.

При хроническом гайморите с фибринозно измененной слизистой оболочкой на гаймограммах определялось нерезко выраженное равномерное утолщение слизистой оболочки в виде ободка, окаймляющего стенки пазухи. Контрастное вещество равномерно заполняет пазуху и придает ей ровные контуры. Костные стенки ее мало контрастны.

Киста гайморовой пазухи при контрастном исследовании дает двойную рентгенологическую картину. Последняя зависит от того, проникло ли контрастное вещество в полость кисты или находится вне ее. В первом случае на гаймограммах определяется округлой формы контрастная тень с ровными и четкими контурами. Извлеченная при пункции прозрачная жидкость имеет янтарный цвет. Во втором случае, когда контрастное вещество оказывается вне полости кисты, в пазухе выявляется округлый дефект наполнения с ровными четкими контурами, прилегающий широким основанием к стенке пазухи. При пункции содержимое не определяется.

Если киста пазухи достигает больших размеров и дает однородное интенсивное понижение прозрачности, то гайморография с введением подполипа в полость кисты дает шаровидную или овальную тень с ровными четкими контурами, занимающую почти всю пазуху. Однако дефект наполнения в тени контрастного вещества может быть обусловлен не только кистой, но и изолированным отеком слизистой, полипом и опухолью. Изолированный отек слизистой не имеет такой ровной и четкой контур, как киста. При применении противовоспалительной терапии через несколько дней наблюдается уменьшение процесса. Одиночный полип редко достигает больших размеров, не имеет гладкого ровного контура и определяется обычно на фоне хронического воспаления. Опухоль слизистой оболочки пазухи обычно имеет неправильную форму и закругленный контур. Костные стенки при кисте нормальны, а при опухоли — изменены.

Гайморграфия позволяет решить вопрос и о функциональном состоянии слизистой пазухи. Это достигается наблюдениями за динамикой эвакуации контрастного вещества из полости пазухи при различных патологических состояниях слизистой. Фиброзные и полипозные изменения слизистой гайморовой пазухи значительно, до 2-х и более месяцев, задерживают эвакуацию контрастного вещества, в то время, как отек и нерезко выраженная гиперплазия слизистой — лишь 6—10 дней. В первом случае длительное пребывание нодолипол в пазухе свидетельствует о глубоком поражении слизистой, частично потерявшей способность к всасыванию и выделению, во втором — о незначительном изменении слизистой.

В период эвакуации контрастного вещества из пазухи возможно наблюдение за состоянием рельефа слизистой оболочки. При неглубоком поражении слизистой оболочки пазухи нодолипол быстро эвакуируется. Полость пазухи при этом равномерно опорожняется. Вместе с тем, в ряде случаев, нодолипол проникает и в клетки решетчатого лабиринта. Поэтому при эвакуации контрастного вещества из гайморовой пазухи в клетках решетчатого лабиринта остаются его следы.

При глубоком поражении слизистой оболочки пазухи эвакуация контрастного вещества резко замедлена. При этом происходит неравномерное опорожнение пазухи. Между складками, в различных углублениях, длительное время задерживается нодолипол, образуя рельеф слизистой. Это создает возможность выявления округлых дефектов наполнения, характерных для полипоза или резко выраженной гиперплазии слизистой.

Важное значение в оценке синуситов у детей имеет динамика рентгенологической картины. Она позволяет уточнить характер патологического процесса, особенности его течения, склонность к обратному развитию и выявить признаки осложнения. Наблюдения за течением синуситов в ближайшие сроки показывают, что они, под влиянием консервативного лечения, весьма часто дают улучшение (71,5%), в одних случаях — полное восстановление (34,0%), в других — частичное (37,5%). Вместе с тем в этот период возможна и стабильность рентгенологической картины (23,5%) и даже ухудшение (5,0%).

При хроническом синусите с отеком и гиперплазией слизистой, а также с наличием гнойного содержимого в пазухе динамика рентгенологической картины, как правило, благоприятная. Пневматизация пазух может полностью восстановиться до нормы даже при хроническом гнойном синусите. В этом вопросе мы не одиноки (Т. П. Троицкая-Трегубова, 1962).

Нередко наблюдается частичное восстановление рентгенологической картины. В этих случаях на рентгенограммах определяются пристеночные затенения пазух вследствие утолщения слизистой оболочки.

Отсутствие динамики рентгенологической картины наблюдается при более глубоких поражениях слизистой оболочки, выраженной гиперплазии, полипозе и фиброзе. При сочетании этих изменений с гноем в пазухе в ряде случаев отмечается ухудшение.

При обострении хронического синусита наблюдается и ухудшение процесса, выявляемого при рентгенологическом исследовании. При этом пристеночные затенения увеличиваются.

На течение синусита оказывает влияние и активность ревматического процесса. При обострении ревматизма нередко наблюдается увеличение патологических изменений в придаточных пазухах носа. Динамика синусита при неактивной фазе ревматизма более благоприятна, чем при активной. Это следует объяснить понижением иммунологических сил организма при активном течении ревматизма.

Хронический тонзиллит у детей, больных ревматизмом, как показывают результаты наших наблюдений, оказывает небольшое влияние на течение синуситов.

После проведенного консервативного лечения синусита динамика рентгенологической картины наблюдается в разные сроки. Уменьшение патологического процесса в рентгенологическом изображении чаще отмечалось на 30—45 день после его выявления, а стабильная картина — на протяжении 60—75 дней.

Такая же картина течения синуситов у детей, больных ревматизмом, отмечается в отдаленные сроки наблюдения. И здесь часто улучшается состояние пазух (71,0%), в частности, полное (47,0%) и частичное (24,0%) восстановление. Благоприятное течение наблюдается при хроническом синусите с отеком и гиперплазией, стабильное состояние — при глубоких поражениях слизистой оболочки. При хроническом гнойном синусите с отеком и гиперплазией слизистой в ряде случаев отмечаются и частые обострения с исходом в частичную облитерацию полости и развитием фиброза.

Распространенность патологического процесса также влияет на течение синусита. Это проявляется в отдаленные сроки наблюдения. Более распространенным патологическим процессом пазух сопутствует менее благоприятное течение синусита.

Важное значение в динамике синусита имеет и активность ревматического процесса: благоприятное течение в неактивной фазе, неблагоприятное — в активной.

Таким образом, и в ближайшие, и в отдаленные сроки наблюдения течение синуситов имеет общие черты. Вместе с тем отмечаются и различия. Это касается прежде всего состояния костных стенок пазух. В одних случаях полностью восстанавливаются ранее плохо прослеживаемые костные стенки (у 12 из 13 наблюдений), в других — исчезает утолщенные стенки (у 2 из 3 наблюдений). Стабильная картина осталась у одного ребенка со склерозом стенок. Иными словами, как показывают эти данные, стабильные изменения, при длительном наблюдении, остаются лишь при склерозе стенок пазух и редко — при утолщении. Это свидетельствует о том, что малококонтрастные и утолщенные костные стенки пазух часто восстанавливаются до нормы.

Следует отметить, что стабильность рентгенологической картины при патологических изменениях слизистой оболочки пазух по отдаленным наблюдениям отмечается реже (16,0%), чем в ближайшие сроки (23,5%). Но зато возрастает число больных с нарастанием патологического процесса в пазухах (от 5,0% до 13,0%).

Весьма характерно, что существует параллелизм между динамикой синуситов и течением ревматического процесса: обострение синусита нередко совпадает с прогрессированием ревматизма. Об этом свидетельствует и частое (83,0%) соответствие течения ревматического процесса с динамикой синуситов. Это указывает на связь синуситов у детей, больных ревматизмом, с течением основного заболевания.

Наличие синусита у детей, больных ревматизмом, нередко является причиной обострения ревматического процесса. О чем свидетельствуют наблюдения за контрольной группой детей, больных ревматизмом, но при отсутствии синусита. Так, обострение ревматизма в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения при сопутствующем синусите были чаще (соответственно в 9,0 и в 33,0%), чем без синусита (в 5,0 и в 20,0%). На справедливость этих положений указывает и Е. И. Волкова (1962).

Наличие синуситов у детей, больных ревматизмом, оказывает влияние и на течение хронического тонзиллита. Это подтверждается наблюдениями за больными, когда сочетание синусита и тонзиллита давало частое обострение последнего (21,0%), а при отсутствии синусита обострения тонзиллита наблюдались значительно реже (4,8%). Хотя эти данные и получены нами еще до применения бициллина, однако они указывают на бесспорную связь обоих патологических состояний.

Итак, все приведенные данные указывают о влиянии синусита на ревматический процесс. Своевременное выявление синусита с помощью клинико-рентгенологических методов

исследований и его лечение способствует уменьшению сенсibilизации организма и более благоприятному течению ревматического процесса.

ВЫВОДЫ

1. Синуситы у детей нередко (19,2%) сопутствуют ревматическому процессу и клинически себя часто не проявляют.

2. Клинические признаки синусита многообразны и не патогномоничны. Хронические риниты, фарингиты и отиты нередко сопутствуют синуситам и могут быть его проявлением.

3. Синуситы у детей могут являться причиной обострения ревматического процесса и тонзиллита. Своевременное выявление и лечение синуситов способствует предотвращению обострения ревматизма.

4. Рентгенологическое исследование является важным методом ранней диагностики заболеваний придаточных пазух носа. За основу исследования следует взять многоплоскостную (лобно-носовая, носо-подбородочная и боковая проекции) рентгенографию, а дополнительно — томографию и гайморграфию. Эти исследования позволяют установить значительное преобладание поражений верхнечелюстных пазух, реже — решетчатого лабиринта и изредка — лобных пазух.

5. Различные патологические процессы пазух при многоплоскостной рентгенографии представляются в виде однородного или неоднородного понижения прозрачности, или линейных и округлых пристеночных затенений, или их сочетаний. Это не всегда раскрывает патологоанатомическую сущность процесса (полипоз, выраженная гиперплазия, резкий отек слизистой, киста больших размеров, состояние костных стенок). В этих случаях показаны дополнительные методы рентгенологического исследования.

6. Серийная одномоментная томография дает представление о характере и распространенности патологического процесса, выявляет отек, гиперплазию и полипоз слизистой, кисту и связь ее с корнями зубов, а также состояние костных стенок пазух.

7. Изучение с помощью гайморграфии рельефа слизистой оболочки, сроков эвакуации и характера распределения контрастного вещества, в сочетании с пункцией полости позволяет решить вопрос о морфологических и функциональных изменениях верхнечелюстных пазух.

8. Течение синусита у детей, больных ревматизмом, зависит от характера и распространенности патологического процесса в пазухах, а также от активности основного (ревматического) заболевания. Активная фаза ревматизма дает менее

благоприятное течение синусита, чем неактивная. Поверхностные поражения (отек и гиперплазия) являются проходящими изменениями, а глубокие (полипоз, резкая гиперплазия, фиброз) — стабильными, периодически дающими обострения. Остеопороз или утолщение костных стенок — нестойкие изменения, а остеосклероз — стабильные.

Диссертация (230 стр.) начинается с введения, содержит общую (3 главы) и специальную (5 глав) части, заключение, выводы и литературный указатель (русская — 222, иностранная — 141). В работе приведено 20 таблиц, 51 наблюдение и 115 фотокопий рентгенограмм, томограмм и гайморограмм.

Перечень работ, опубликованных по материалам диссертации:

1. Синуситы у детей, больных ревматизмом, их влияние на основное заболевание. Тезисы докладов научно-практической конференции Гос. н. и. педиатрического института. Ленинград, 1961, с. 18—20.

2. Синуситы у детей, больных ревматизмом, их влияние на течение основного заболевания и хронического тонзиллита. Тезисы докладов первой Всероссийской научно-практической конференции врачей — педиатров и педагогов по санаторно-курортному лечению детей. Пятигорск, 1961, с. 37—39.

3. Динамика синуситов у детей, больных ревматизмом. Тезисы докладов 2-ой научной конференции по проблеме ревматизм — ревматоиды. Ленинград, 1961, с. 17—18.

4. К вопросу о поражении придаточных пазух носа у детей, болеющих ревматизмом. В кн.: Ревматизм у детей под редакцией проф. А. Б. Воловика. Ленинград, 1962, с. 164—169.

5. О влиянии синусита на тонзиллит и течение ревматизма у детей. В кн.: Ревматизм у детей под редакцией проф. А. Б. Воловика. Ленинград, 1962, с. 169—173.

6. Рентгенологические наблюдения за динамикой синуситов у детей, больных ревматизмом. В кн.: Труды кафедры рентгенологии ГИДУВа. Вопросы клинической и экспериментальной рентгенологии. Ленинград, 1962, с. 161—169.

7. Синуситы у детей, больных ревматизмом, и применение контрастной рентгенографии для их диагностики. Тезисы докладов научно-практической конференции, посвященной вопросам лечения и обучения детей, больных ревматизмом, в условиях санатория. Москва, 1963, с. 35—37.

8. Синуситы у детей и влияние их на течение ревматического процесса (изучение отдаленных наблюдений). Тезисы докладов на 5-ой научной конференции по проблеме ревматизм — ревматоиды. Ленинград, 1965, с. 18.

М-12814.

6/V 1965 г.

Тираж 300 экз.

Заказ № 594.

Фабрика «Детская книга» № 2 Росглавполиграфпрома Государственного комитета Совета Министров РСФСР по печати. Ленинград, 2-я Советская, 7.

