



УДК 616.21-07

Т. М. Бабкіна, В. О. Рогожин, М. М. Колотилів

КІСТА ВЕРХНЬОЩЕЛЕПНОЇ ПАЗУХИ І ЗАХВОРЮВАННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ: ЗАКОНОМІРНЕ ПОЄДНАННЯ

Одеський державний медичний університет,
Науково-діагностичний центр АМН України «Здоров'я людей похилого віку»

У літературі неодноразово повідомлялося про клінічні паралелізми, синтропію та дистропію [1; 2]. Одночасно у одного й того ж пацієнта можуть виявлятися захворювання ЛОР-органів і головного мозку: отит і пухлини головного мозку, синусити та психози, синусити та внутрішньочерепні гнійні процеси. При сполученні внутрішньочерепних гнійних процесів із запальними захворюваннями навколосинових пазух і вуха останні розглядаються як етіологічний фактор [3]. Найвиразніше гнійний отит і синусит виступають як причинний макрорезонансний фактор контактних абсцесів головного мозку.

У хворих із різними клінічними формами епілепсії виявлено хронічні захворювання ЛОР-органів, що спостерігалися у даного контингенту значно частіше, ніж серед практично здорових людей: деформація носової перегородки — у 36,7 %, хронічний риніт і ринопатія — у 32,8 %, хронічний тонзиліт — у 32,2 %, гіпертрофія лімфоїдної тканини глотки — у 25 %, хронічний фарингіт — у 22,3 %, хронічний гнійний синусит — у 4,7 %, хронічний отит та інші

захворювання вуха — у 10,1 % (І. В. Ходан, 1971). Найбільш розповсюдженою ЛОР-патологією у хворих на епілепсію є викривлення носової перегородки.

Слизова оболонка порожнини носа — рефлекторна зона, що впливає не тільки на бронхолегеневу систему, а й на інші органи і системи організму (ЦНС, травну, серцево-судинну) [4]. Так, подразнення слизової оболонки носа гребенем деформованої перегородки іноді проявляється різноманітними патологічними симптомами порушення загального стану організму та внутрішніх органів: швидка втомлюваність при розумовій та фізичній праці, головний біль, гіпертонічна хвороба, хронічні неспецифічні захворювання легенів [5].

Припустимо, що слизова оболонка найбільшої навколосинових пазухи — верхньощелепної — також є рефлекторною зоною, що взаємопов'язана зі структурами головного мозку. Проведення будь-яких електрофізіологічних досліджень на слизовій оболонці верхньощелепної пазухи практично не реальне.

Доказом цього могла б бути передусім відносно висока частота поєднання незапальної, непухлинної локальної патології пазухи та захворювання головного мозку. Типовою локальною патологією верхньощелепної пазухи є кіста діаметром 15–20 мм, що не дає клінічної симптоматики.

Мета дослідження — показати закономірне поєднання кісти верхньощелепної пазухи із захворюваннями головного мозку.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз діагностичних зображень із архіву науково-дослідного центру АМН України «Здоров'я людей похилого віку». Зображення головного мозку та навколосинових пазух були отримані під час обстеження 20 359 пацієнтів на рентгенівському комп'ютерному томографі "Somatom Plus 4" та магніторезонансному томографі "Magnetom Vision Plus" (індукція — 1,5 Т). Захворювання головного мозку верифіковані ретроспективно за історіями хвороб пацієнтів у відповідних медичних закладах Києва.



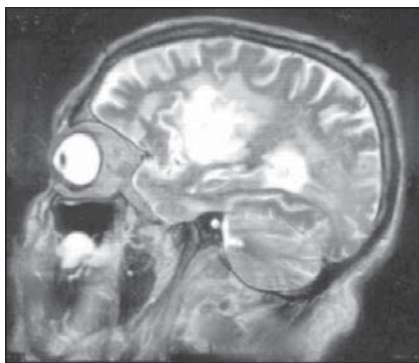


Рис. 1. Хвора Ш., 65 років. Ішемічний інсульт. МРТ — сагітальна площина, Т-2 зображення

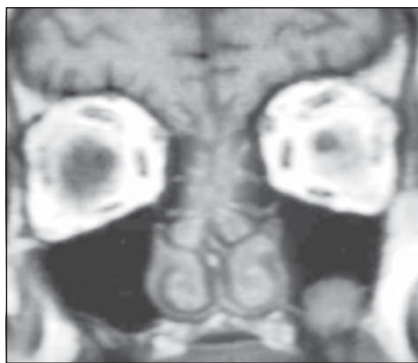


Рис. 2. Та сама хвора. МРТ — фронтальна площина, Т-1 зображення. Кіста в лівій верхньощелепній пазусі

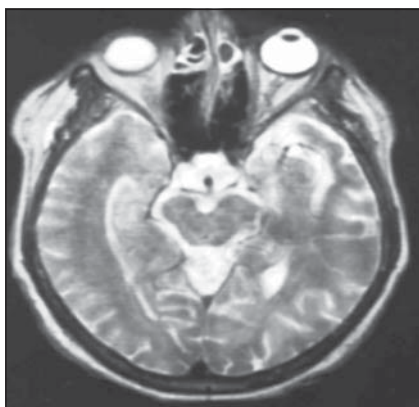


Рис. 3. Хвора С., 64 років. Лакунарний інфаркт. МРТ — аксіальна площина, Т-2 зображення

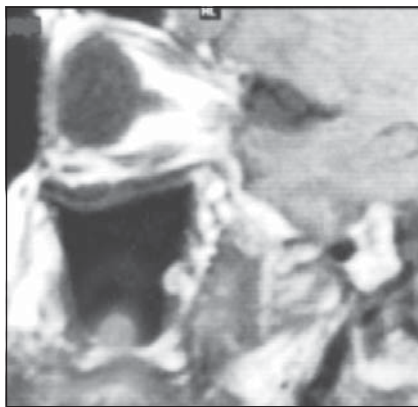


Рис. 4. Та сама хвора. МРТ — сагітальна площина, Т-1 зображення. Кіста в лівій верхньощелепній пазусі

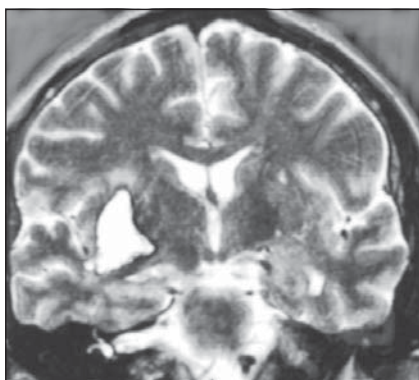


Рис. 5. Хвора М., 42 років. Геморагічний інсульт, скронево-підкрікова локалізація справа. МРТ — фронтальна площина, Т-2 зображення



Рис. 6. Та сама хвора. МРТ — сагітальна площина, Т-2 зображення. Кіста в правій верхньощелепній пазусі

Результати дослідження та їх обговорення

У 235 (1,59 %) пацієнтів віком від 9 до 65 років виявлено кісти верхньощелепних пазух. У 211 (64,9 %) спостереженнях відмічено одночасну

наявність кісти пазухи та іншого захворювання головного мозку: злоякісні пухлини — 41; доброякісні пухлини — 31; арахноїдальні кісти — 18; абсцес головного мозку, нейроСНІД — 1; судинні мальформації — 17; дифузна атро-

фія — 22; ішемічний інсульт — 21; геморагічний інсульт — 24; субарахноїдальні крововиливи — 19; субдуральні крововиливи — 17 випадків.

У науковій медичній літературі відсутні описи симптомом-комплексів і синдромів такого складу [6].

Реальні механізми одночасної наявності двох захворювань, які спостерігалися, ще потребують детального вивчення у подальших дослідженнях. Вочевидь актуальною є правильна діагностична інтерпретація феномена.

Висновки

1. У 64,9 % спостережень кіста верхньощелепної пазухи асоціюється з патологічним процесом головного мозку.

2. Одночасна наявність кісти пазухи та захворювання головного мозку є закономірним і не випадковим явищем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Михелович М. С. Клинические параллелизмы. — Архангельск: ОГИЗ, 1943. — 136 с.
2. Крылов А. А. К проблеме сочетаемости болезней // Клиническая медицина. — 1987. — № 12. — С. 3-9.
3. Николаев М. П., Борзов А. В., Николаев Р. М. О причинно-следственных связях при сочетании гнойных внутричерепных процессов с заболеваниями ЛОР-органов // Вестн. отоларингологии. — 2001. — № 3. — С. 40-41.
4. Киричинский А. Р. Рефлекторная физиотерапия. — К.: Госмедиздат УССР, 1959. — 270 с.
5. Терновой К. С., Розенфельд Л. Г., Колотилова Н. Н. Принципы решения медицинских проблем. — К.: Наук. думка, 1990. — 200 с.
6. Лазовский И. Р. Справочник клинических симптомов и синдромов. — М.: Медицина, 1981. — 512 с.

