

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**Государственное учреждение образования  
«Белорусская медицинская академия последипломного  
образования»**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**  
**(первый уровень визуализации)**

**Материалы республиканской научно-практической конференции**

**Под редакцией академика  
НАН Беларуси А.Н Михайлова**

**Минск  
Издательство Бел МАПО  
2016**

УДК 616-073.75

ББК 53.6

А 43

**Редакционная коллегия:**

Абельская И.С., Алешкевич А.И., Ваганов Ю.В., Герасименко М.А., Гончар А.А.,  
Малевиц Э.Е., Михайлов А.Н., Рущкая Е.А., Сакович Р.А., Тихомирова Т.Ф.,  
Филиппович Н.С.

**Рецензенты:**

доктор мед. наук В.С. Дударев, доктор мед. наук А.И. Кушнеров

А 43

**Актуальные** вопросы лучевой диагностики (первый уровень визуализации) // Сборник научных работ, посвящённых 65-летию кафедры лучевой диагностики Бел МАПО и 80-летию академика А.Н. Михайлова. – Минск: Бел МАПО, 2016. – 213 с.

ISBN 978-985-499-998-2

Сборник содержит материалы по актуальным проблемам лучевой диагностики различных заболеваний организма и вопросам обеспечения радиационной безопасности в медицине.

Центральной проблемой радиологической диагностики является постановка правильного диагноза на ранних стадиях заболевания, что обеспечивает эффективность его лечения. Для решения этой важнейшей задачи требуется многое, а именно:

Каким должен быть уровень технического обеспечения?

Как получить «теньевое» лучевое изображение, адекватное исследуемому органу?

Какова должна быть более высокая диагностическая информативность изображения и большая разрешающая способность рентгенографии при наименьшем радиационном риске и минимальной стоимости исследования?

Каковы принципы формирования качества снимка?

Как объективно оценить полученное изображение?

Критерием качества лучевой диагностики должны быть время, затраченное на выявление патологии, и время, затраченное на постановку диагноза. Обсуждаются вопросы маркетинга, то есть обеспечение рентабельности средств лучевой визуализации, достижение экономической эффективности и другие назревшие проблемы.

Материалы конференции предназначены для служб лучевой диагностики и врачей диагностической радиологии. Они могут быть полезны преподавателям, студентам и курсантам высших медицинских учебных заведений.

УДК 616-073.75

ББК 53.6

ISBN 978-985-499-998-2

© Михайлов А.Н., 2016-01-28  
© Оформление Бел МАПО, 2016

Павлов О.М., Тихомирова Т.Ф., Глинник А.В.

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ  
СКУЛОВОЙ КОСТИ, СКУЛО-ОРБИТАЛЬНОГО И СКУЛО-  
ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО КОМПЛЕКСОВ**

Белорусский государственный медицинский университет

Использование метода конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) является перспективной альтернативой методу мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) при диагностике переломов костей средней зоны лица. Дифференциальная диагностика переломов скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов является наиболее трудоемкой.

**Цель работы:** разработать диагностические критерии при переломах скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов.

**Объекты и методы:** в ходе проведения исследования было обследовано 32 пациента с переломами скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов методом КЛКТ и 102 пациента – методом МСКТ. На основании данных исследований были разработаны диагностические критерии,

которые позволяют отнести имеющиеся повреждения к одному из 3-х видов переломов.

**Результаты исследования:** При анализе переломов костей средней зоны лица после обследования методами КЛКТ и МСКТ, нами разработаны диагностические критерии, которые позволяют отнести переломы к повреждениям скуловой кости, скуло-орбитального и скуло-верхнечелюстного комплексов:

1. При переломах скуловой кости линии переломов проходят через скуло-альвеолярный гребень; через нижний край орбиты- латеральнеескуло-верхнечелюстного шва; в области скуловой дуги- медиальнеескуло-височного шва; в области латерального края орбиты – по скуло-лобному шву; в области скуло-клиновидного шва. Смещение костных фрагментов минимальное или отсутствует в области скуло-лобного и скуло-клиновидного швов, умеренное в области нижнего края орбиты и скуло-альвеолярного гребня, умеренное или минимальное в области скуловой дуги. Наблюдаются повреждения передней и задне-наружной стенок верхнечелюстного синуса. Костный отломок тела скуловой кости не образует мелкие осколки, может иметься дополнительная линия перелома через тело скуловой кости.

2. При переломах скуло-орбитального комплекса линии переломов проходят через скуло-альвеолярный гребень- часто у основания в области альвеолярного отростка верхней челюсти; через нижний край орбиты- в области скуло-верхнечелюстного шва или медиальнее; в области скуловой дуги- по скуло-височному шву или вблизи него; в области латерального края орбиты- по скуло-лобному шву. Смещение костных фрагментов умеренное в области скуло-лобного и скуло-клиновидного швов, умеренное или выраженное в области нижнего края орбиты и скуло-альвеолярного гребня, умеренное в области скуловой дуги- по скуло-височному шву. Имеются выраженные повреждения передней и задне-наружной стенок верхнечелюстного синуса.

Костный отломок скуло-орбитального комплекса не образует мелкие осколки.

3. При переломах скуло-верхнечелюстного комплекса линии переломов проходят через скуло-альвеолярный гребень- может быть несколько линий переломов по скуло-альвеолярному гребню; через альвеолярный отросток верхней челюсти- линии переломов могут быть как горизонтальными (в области лобного отростка верхней челюсти), так и сагиттальными (через твердое небо); нижний край орбиты- медиальнеескуло-верхнечелюстного шва, может быть несколько линий перелома с образованием осколков нижнего края орбиты; в области скуловой дуги – дистальнеескуло-височного шва, может быть несколько линий переломов в области скуловой дуги с образованием ряда костных осколков; в области латерального края орбиты- по скуло-лобному шву или выше него; в области скуло-клиновидного шва. Смещение костных отломков выраженное в области скуло-лобного, скуло-клиновидного швов, скуло-альвеолярного гребня, нижнего края орбиты, умеренное в области скуловой дуги. Отмечается мелкооскольчатый перелом передней и задне-наружной стенок верхнечелюстного синуса, тела скуловой кости, верхней челюсти.

**Выводы:** использование разработанных диагностических критериев позволяет обеспечить сопоставимую ценность данных при проведении КЛКТ и МСКТ.