

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ОСТИОМЕАТАЛЬНОГО КОМПЛЕКСА

Астапенко К. П., Джамалдинов Т. М., Татун Т. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Аномалии и пороки развития внутриносовых структур занимает одно из первых мест среди этиопатогенетических факторов развития воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух (ОНП). Структуры латеральной стенки носа играют важную роль для нормальной деятельности ОНП. С анатомической, функциональной и патофизиологической точки зрения большое значение имеет остиомеатальный комплекс [3]. Остиомеатальный комплекс – это совокупность образований, которая включает отверстие верхнечелюстной пазухи, решетчатую воронку, полулунную щель, средний носовой ход, соустье лобной пазухи, крючковидный отросток и решетчатый пузырек. Крючковидный отросток – это маленький кусочек кости, который идет параллельно и медиально к боковой стенке носа в передней части среднего носового хода. Плоская щель между большим пузырьком решетчатой кости и крючковидным отростком называется полулунной щелью. Она является входом в полость, связанную медиально с крючковидным отростком и латерально с боковой стенкой носа. Это трехмерная полость называется решетчатой воронкой. Верхнечелюстная, лобная пазухи и передние клетки решетчатого лабиринта входят в решетчатую воронку, а потом в полулунную щель. В остиомеатальном комплексе струя воздуха движется с максимальной скоростью, изменяя свое направление [1,4]. Именно сюда в первую очередь попадает большинство микроорганизмов и аллергенов с вдыхаемым воздухом. Этот комплекс представляет общий путь дренирования отделяемого из верхнечелюстных и лобных пазух и передних клеток решетчатого лабиринта. Функциональная эндоскопическая хирургия ВП основывается на том, что данный комплекс необходимо дренировать для восстановления нормальной дренажной функции пазух [2].

Цель исследования: изучить диаметр полулунной щели, диаметр и длину решетчатой воронки и диаметр основного устья на мультипланарных реконструкциях КТ-изображений в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Материалы и методы исследования: 25 мультипланарных реконструкций КТ-изображений в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Результаты исследования: Нами был изучен диаметр полулунной щели, диаметр и длина решетчатой воронки и диаметр основного устья, который непосредственно открывается на латеральной стенке в средний

носовой ход. Эти структуры наиболее хорошо визуализировались на кт-изображениях черепа в аксиальной, сагиттальной и фронтальной проекциях.

Среднее значение диаметра основного устья с левой стороны было $5,56 \pm 2,24$ мм, справа $5,32 \pm 2,09$ мм. Минимальное значение диаметра основного устья слева и справа составило 3,1 мм и 3,3 мм соответственно. Максимальное значение этого же показателя было 9,6 мм слева и 10,0 мм справа.

Длину решетчатой воронки мы измеряли, как расстояние от основного устья до полулунной щели. Средняя длина решетчатой воронки слева была $8,9 \pm 3,48$ мм, справа $7,16 \pm 2,81$ мм. Максимальная длина слева и справа была 17 мм и 13 мм соответственно. Минимальные размеры слева и справа отличались существенно и составили 4 мм и 2 мм соответственно. Чем больше диаметр основного устья слева, тем больше диаметр справа ($0,47 \pm 5,32$ при $p < 0,05$), тем больше диаметр решетчатой воронки слева ($0,83 \pm 2,9$ при $p < 0,05$), тем больше диаметр полулунной щели слева ($0,52 \pm 4,15$ при $p < 0,05$). Увеличение диаметра основного устья справа приводит к увеличению диаметра решетчатой воронки справа ($0,81 \pm 2,8$ при $p < 0,05$) и увеличению диаметра полулунной щели справа ($0,67 \pm 4,1$ при $p < 0,05$).

Средний диаметр решетчатой воронки был слева $2,97 \pm 1,47$ мм, справа – $2,84 \pm 1,57$ мм. Максимальный диаметр решетчатой воронки слева составлял 6,5 мм, справа – 7,5 мм. Минимальный диаметр решетчатой воронки был одинаковым и составил 1,2 мм. Средний диаметр полулунной щели слева и справа составлял $4,16 \pm 1,68$ мм. Максимальный диаметр полулунной щели слева и справа был 8,5 мм и 9,6 мм соответственно. Минимальный диаметр полулунной щели слева и справа был 2,6 мм и 1,8 мм соответственно.

Выводы: Мультиспиральная компьютерная томография является высокоинформативным методом, позволяющим оценить структуры остиомеатального комплекса. Полученные результаты дополняют и расширяют анатомо-топографические представления о размерах структур остиомеатального комплекса.

Список литературы:

1. Киселев А. С., Возможности компьютерной томографии высокого разрешения в визуализации анатомического строения решетчатого лабиринта / А. С. Киселев, Д. В. Руденко, И. Ю. Федорова, В. Г. Кравченко // Рос.ринология.1999. – №3. – С. 10-13.
2. Машкова, Т. А. Морфологическое обоснование хирургической санации решетчатого лабиринта при воспалительной патологии лобных пазух / Т. А. Машкова // Вестник оториноларингологии. – Медицинский научно-практический ж-л. – 2010. – N 5. – С. 54-55
3. Пискунов В.С. Варианты анатомического строения латеральной стенки полости носа и их клиническое значение // Человек и его здоровье. – Курск. – 2003. – №2. – С. 48-51.

4. Пискунов С.З., Пискунов В.С. Клиническое значение некоторых аномалий эндоназальных анатомических образований // Кремлевская медицина. – Клинический вестник.- 2002.- №3.-С.24-28.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЗВОНОЧНОЙ АРТЕРИИ

Астапенко К. П., Журун А. Л, Татун Т. В., Чембрович В. В.

Гродненский государственный медицинский университет

Заболевания экстракраниальных отделов магистральных артерий головы, в том числе, позвоночных артерий, является одной из актуальных проблем современной ангионеврологии и сосудистой хирургии. Позвоночная артерия является важной сосудистой магистралью. Позвоночные артерии отличаются своеобразием расположения, находятся в тесной связи с анатомо-топографическими особенностями шейного отдела позвоночного столба, черепа.

Цель исследования: изучить особенности строения и топографии экстракраниальных отделов позвоночных артерий человека.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности строения экстракраниального отдела позвоночных артерий.

2. Определить анатомо-топографические особенности вхождения позвоночных артерий в канал.

Материал исследования: 30 мультипланарных реконструкций КТ-изображений сосудов головы и шеи.

Результаты исследования: нами было исследовано 30 мультипланарных реконструкций КТ-изображений при проведении ангиографии сосудов головы и шеи. Метод компьютерно-томографической ангиографии является наиболее распространенным методом визуализации позвоночной артерии. В ходе исследования мы измеряли площадь позвоночной артерии у места отхождения от подключичной артерии, продольный, поперечный диаметр позвоночной артерии у места отхождения от подключичной артерии, скелетотопию отхождения позвоночной артерии от подключичной артерии. Мы установили, что средняя площадь позвоночной артерии у места отхождения ее от подключичной слева была $0,14 \pm 0,03$ мм², справа – $0,15 \pm 0,04$ мм². Максимальная площадь позвоночной артерии у места отхождения ее от подключичной слева составляла $0,24$ см², справа – $0,25$ см². Минимальная площадь в этом же месте слева – $0,10$ см², справа – $0,09$ см².

Средний продольный диаметр позвоночной артерии у места отхождения ее от подключичной артерии слева – $4,27 \pm 0,73$ мм, справа