

В процессе «сращения» трансплантата с воспринимающим костным ложем позвонков, возможно образование склероза в зоне контакта. В 53,3% случаев он наблюдался у пациентов первой группы к 12 месяцам с момента операции. В то время, как у пациентов второй группы, перестройка деминерализованного костного матрикса в зоне контакта между трансплантатом и воспринимающим костным ложем происходит постепенно, плавно, полностью завершая процесс созидания к 12-ти месячному сроку, что исключает формирование склероза и, как следствие этого, формирования ложного сустава ( $\chi^2=10,91$ ,  $p=0,001$ ).

**Выводы.** Таким образом, использование ДКМ позволяет достичь полноценной трансформации костно-пластического материала в наиболее короткие сроки в оперированном сегменте позвоночного столба и добиться быстрее формирования спондилодеза, тем самым улучшить результаты хирургического лечения пациентов с травмами позвоночника.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Басков А.В. Техника и принципы хирургического лечения заболеваний и повреждений позвоночника: практ. рук-во. – М, 2007. – 131 с.
2. Болтрукевич С.И. Трансплантация консервированной растворами альдегидов костной ткани: Автореф. дис.... докт. мед. наук. – М., 1985.
3. Иванцов В.А. Стимуляция остеогенеза при дефектах костей деминерализованным костным матриксом / В.А. Иванцов // Здоровоохранение Беларуси. – 1995. – № 4. – С. 12-14.
4. Кирилова И.А. Деминерализованный костный трансплантат, как стимулятор остеогенеза: современные концепции / И.А. Кирилова // Хирургия позвоночника. 2004. – № 3. – С. 105-110.
5. Савельев В.И. Деминерализованная кость как особая разновидность костно-пластического материала // Заготовка и пересадка деминерализованной костной ткани в эксперименте и клинике. – Л. 1983. – 13 с.
6. Frenkel SR, Moskovitch R, Spivak J, et al: Demineralized bone matrix Enhancement of spinal fusion. Spine 18:1634-1639,1993.

### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЧЕЛОВЕКА

*Шавель Ж.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Острые и хронические воспалительные процессы слизистой оболочки и костных стенок придаточных пазух носа встречаются часто, среди стационарных больных они отмечаются в 25-30% случаев [2]. Количество больных с патологией носа и околоносовых пазух постоянно растет [4]. Среди многих причин возникновения заболеваний носа и околоносовых пазух важное место отводится топографо-анатомическим особенностям полости носа

(искривление, гребни, шипы перегородки носа, увеличение передних решетчатых ячеек и др.) Предпосылками адекватной диагностики патологических состояний челюстно-лицевой области являются всесторонние сведения об особенностях ее нормальной рентгенологической картины, вариантной анатомии, изменчивости и топографо-анатомических взаимоотношениях. В условиях современного развития медицинской техники для оценки особенностей перечисленных структур используются различные рентгенологические методики: обзорная рентгенография, компьютерная томография [1, 3]. Однако, данные литературы свидетельствуют о большой индивидуальности и изменчивости околоносовых пазух, что может привести к затруднениям в диагностике и лечению воспалительных заболеваний придаточных пазух [5]. В связи с этим, изучение анатомической изменчивости остается актуальной проблемой современной морфологии.

**Цель работы** – изучить некоторые количественные показатели верхнечелюстной и лобной пазух.

**Материалы и методы исследования** – проведен ретроспективный анализ 10 рентгенограмм (5 мужских и 5 женских) придаточных пазух носа человека в возрасте от 19 до 50 лет. На момент исследования каких-либо патологических изменений со стороны полости носа выявлено не было. Рентгенологическое исследование было выполнено в прямой носо-подбородочной проекции, которая является наиболее благоприятной для изучения, так как при этом отсутствует проекционное наложение массивных образований основания черепа.

В работе использовались морфометрический, статистический методы.

Методом корреляционного анализа рассмотрена взаимосвязь между изучаемыми показателями. Так, установлено, что ширина левой и правой верхнечелюстных пазух, а так же их высота взаимосвязаны: чем шире правая, тем шире левая гайморова пазуха, чем выше правая, тем выше и левая пазуха. Такие же закономерности характерны для высоты и ширины правой и левой лобных пазух. Кроме того, чем лобная пазуха выше, тем она достоверно и шире. Достоверная корреляция выявлена и между изучаемыми показателями лобной и гайморовой пазух: чем больше высота лобной пазухи, тем выше и верхнечелюстная; чем шире лобная пазуха, тем более широкой будет и верхнечелюстная пазуха.

Нами исследованы перегородка, пневматизация, формы верхнечелюстной и лобной пазух. На обзорной рентгенограмме черепа в носо-подбородочной проекции лобные пазухи располагаются в нижнем отделе лобной чешуи. При выраженной пневматизации они наслаиваются на верхнюю стенку глазницы. Верхний контур лобных пазух четкий, интенсивный, фестончатый. Перегородка лобных пазух представлена тонкой линейной тенью. Вертикальное положение перегородки наблюдается в 42,86% случаях, косое – в 44,2%, отсутствие перегородки – в 12,8% случаев. На двух рентгенограммах отмечены 2 дополнительные перегородки в левой пазухе; на одной рентгенограмме – в обеих пазухах. По степени пневматизации лобные пазухи наиболее переменчивы. В 20% случаев выявлены пазухи достигающие

латеральной стенки глазницы или распространяющиеся за её пределы, в 48,6% пазухи доходили середины верхней стенки глазницы, и в 28,6% случаях пазухи, достигающие медиальной стенки глазницы.

При анализе изучаемых рентгенограмм установлено несколько форм верхнечелюстных пазух. Чаще других встречается четырёхгранная форма (54,3%), трёхгранная – в 34,3%, овальная – в 7,1% и в одном случае – щелевидная форма гайморовой пазухи.

Изучая пневматизацию гайморовой пазухи, было выявлено, что в 80% случаев она симметрична. Симметричная пневматизация при треугольной форме пазухи наблюдается в 88,9% случаев, асимметричная – в 11,1%; при четырёхугольной форме – в 94,7% и в 5,3% соответственно. При овальной гайморовой пазухе пневматизация симметрична, а при щелевидной форме пазухи – асимметрична.

При оценке степени пневматизации верхнечелюстной пазухи оказалось, что 60% пазух являются гиперпневматизированными (их дно расположено ниже дна полости носа), 4% – гипопневматизированными (дно пазухи находится выше дна полости носа). У пазух с умеренной степенью пневматизации (27,1%) дно пазухи располагается на одном уровне с дном полости носа. При асимметричной пневматизации она была в 10% случаев выше справа и в 8,6% случаях – слева.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить индивидуальные анатомические особенности строения околоносовых пазух, установить взаимосвязи между изучаемыми количественными показателями, что имеет практическое значение.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Гайворонский, И.В. Возможности компьютерной томографии в изучении особенностей строения альвеолярного отростка верхней челюсти и верхнечелюстных пазух / Гайворонский И.В., Смирнова М.А., Гайворонская М.Г. // Вестн. С.-Петерб. гос. ун-та. Серия 11 : Медицина. – 2009. – Вып. 2. – С. 99-103.

2. Должиков, А.А., Мезенцева О.Ю., Пискунов В.С. К вопросу формирования хронического ринита в слизистой оболочке полости носа при искривлении его перегородки // Мат. ХУП съезда оторинолар. России, С-Пб., 2006. – С. 272-273.

3. Жирная, З.З. Применений лучевых методов исследования при изучении анатомических особенностей челюстно-лицевой области / С. С. Масна / Клин. анат. и опер. хирургия. 2004. – Т. 3, № 1. – С. 62-64.

4. Карюк, Ю.А. Сонография в диагностике патологии верхнечелюстных и лобных пазух / Ю. А. Карюк, Т. С. Боронджиян // Вест. оториноларингол. – 2005. – № 2. – С. 28-306.

5. Макар, Б.Г. Внедрение морфологических исследований носовой перегородки в оториноларингологии / Б. Г. Макар // Акт. пит. морфологии: наук. Пр .. III Нац. конгр. анат., гистол., эмбриол. и топографоанатомов Украины; Киев, 21-23 октября 2002 г. – М.: Укрмедкнига, 2002. – С. 195-196.