

РЕНТГЕНОАНАТОМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА

*Астапенко К.П., Татун Т.В., Черваков М.В., Шмигельский А.Ю.
Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь
Кафедра анатомии человека
Городская поликлиника №3, Гродно*

Под придаточными пазухами носа подразумевают систему полостей, находящихся в костях черепа и сообщающихся с полостью носа при помощи отверстий или каналов. Они выстланы слизистой оболочкой и в нормальных условиях заполнены воздухом, отчего на рентгеновских снимках выделяются на фоне костей черепа как светлые и четко ограниченные участки.

Лобная пазуха (*sinus frontalis*) – парное образование, залегающее в нижнем отделе лобной чешуи между наружной и внутренней пластинками. Между обеими лобными пазухами у взрослых расположена перегородка, которая может занимать вертикальное или косое положение. Это может приводить к асимметрии пазух. Изредка бывает полная дополнительная перегородка, разделяющая пазухи на 3 камеры. Асимметрия лобных пазух может быть также обусловлена неодинаковой их пневматизацией, вплоть до отсутствия одной из пазух. Во всех случаях целостность стенок и сохранение воздушности пазухи служат лучшим показателем отсутствия патологического процесса. Отсутствие обеих лобных пазух наблюдается, по данным А.Е. Рубашевой, в 7%, а одностороннее – 11% случаев [2].

Верхнечелюстные пазухи в норме выглядят свободными полостями с четкими, ровными контурами и имеют разное количество внутрисполостных перегородок, придающих им разнообразный ячеистый характер [2].

Материалы и методы исследования. 70 рентгенограмм придаточных пазух носа в прямой носо-подбородочной проекции (19–69 лет), на которых в момент исследования не выявлено патологических изменений. Данная проекция является наиболее благоприятной для изучения, так как при этом отсутствует проекционное наложение массивных образований основания черепа.

Результаты исследования. 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 30 случаях (42.86%), косое – в 31 случае (44.2%), отсутствие перегородки – в 9 случаях (12.8%). На 23 рентгенограммах визуализируется полная дополнительная перегородка, что делит лобную пазуху на 3 камеры. В 12 случаях (17.1%) она находилась справа, слева – в 11 случаях (15.7%). На 2 рентгенограммах наблюдается по 2 дополнительные перегородки слева; на одной рентгенограмме – слева и справа. По степени пневматизации лобные пазухи наиболее переменчивы. В 14 случаях (20%) значительно пневматизированные пазухи (достигающие латеральной стенки глазницы или распространяющиеся за её пределы), в 34 случаях (48.6%) средне пневматизированные пазухи (до середины верхней стенки глазницы), и в 20 (28.6%) случаях слабо пневматизированные пазухи (достигающие медиальной стенки глазницы).

На основании анализа изученных рентгенограмм установлены 4 формы верхнечелюстных пазух: трёхгранная (просветление неправильной треугольной формы с закруглённой вершиной, обращённой книзу, и широким основанием, примыкающим к нижней стенке глазницы) – в 24 случаях (34.3%); четырёхгранная форма встречается в 38 случаях (54.3%); овальная – в 5 случаях (7.1%); в одном случае щелевидная. Имеется случай, когда гайморова пазуха не развита. В 56 случаях (80%) пневматизация симметричная. Степень пневматизации верхнечелюстной пазухи оценивалась следующим образом: гиперпневматизированными считались пазухи, если их дно расположено ниже дна полости носа 60%; гипопневматизированными – если дно находилось выше дна полости носа – 11, 4%; у пазух с умеренной сте-

пенью пневматизации дно располагалось на одном уровне с дном полости носа – 27,1%. При асимметричной пневматизации она была выше справа в 7 случаях (10%), слева в 6 случаях (8,6%). Симметричная пневматизация при треугольной форме пазухи наблюдается в 88,9% случаев, асимметричная – в 11,1%; при четырехугольной – 94,7% и в 5,3%, соответственно. При овальной гайморовой пазухе пневматизация симметричная, а при щелевидной форме пазухи – асимметричная. Известную роль в развитии синуситов и хронизации процессов в них играет искривление носовой перегородки (ИНП). При анализе рентгенограмм было выявлено 52,85% случаев ИНП, гиперпневматизация была в 50% случаев, гипопневматизация – в 11,4% случаев.

Таким образом, проведенное нами исследование позволило выявить индивидуальные анатомические особенности в строении околоносовых пазух носа, что имеет практическое значение.

Литература:

1. Плужников М.С., Блоцкий А.А., Денискин О.Н., Брызгалова С.В. Рентгенодиагностика в оториноларингологии. // СПб.–ГОУ ВПО СПбГМУ им.акад. И.П. Павлова. «Диалог», 2007. С. 132.

2. Шадыев Х.В., Хлыстов В.Ю., Хлыстов Ю.А. Практическая оториноларингология //М.: 2002. С. 281.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С КОРРЕКЦИЕЙ СИСТЕМЫ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА КРОВЬЮ

Бабер С.И.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра общей хирургии

Научный руководитель – ассистент Колешко С.В.

В настоящее время общепризнанным является существенная роль L-аргинин-NO системы в генезе острого панкреатита (ОП). В литературе описаны как защитные, так и повреждающие свойства оксида азота, однако патофизиологические механизмы участия L-аргинин-NO системы в развитии ОП еще не полностью изучены, а единичные исследования по изучению влияния NO на течение ОП оказались противоречивыми.

Деятельность L-аргинин-NO системы неразрывно связана с системой транспорта кислорода: механизмы транспорта кислорода и кислородсвязывающие свойства крови могут определять активность L-аргинин-NO системы, и в то же время она может определять функциональные свойства гемоглобина путем модификации его сродства к кислороду.

Цель нашего исследования состоит в оценке влияния тиотриазолина на механизмы транспорта кислорода кровью и L-аргинин-NO систему при ОП.

Материалы и методы. Проведен сравнительный анализ результатов лечения 55 пациентов с очаговым деструктивным ОП, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении ГКБ № 4 г. Гродно, получавших стандартное лечение (30 пациентов), а также те, которым на фоне, стандартного лечения вводили на протяжении 5-ти дней 4 мл 2,5% тиотриазолина на 200мл 0,9% раствора хлорида натрия (25 пациентов). Группы были сопоставимы по полу, возрасту, тяжести заболевания, наличию сопутствующей патологии.

Результаты и обсуждение. Проведенный анализ результатов показывает, что при ОП развивается гипоксия и частично компенсированный метаболический ацидоз, а также значительно повышается образование NO, судя по производным его метаболизма – нитрат/нитритам. В ходе исследования отмечено, что, несмотря на проводимую стандартную терапию ОП, на 5-е сутки явления метаболического ацидоза продолжают нарастать, но уже к 10-м суткам наступает частичная компенсация за счет увеличения pCO_2 , HCO_3^- , ABE, TCO₂, SBE, SBC.

В то же время усиление стандартной терапии тиотриазолином позволяет улучшить показатели кислотно-основного состояния крови уже на 5-е сутки, тем самым снизив проявле-