

ASSESSMENT OF RISK FACTORS AND FEATURES OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ADOLESCENTS

Sanyuk P. A., Zaitseva E. S.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

phara.2017@mail.ru

The problem of arterial hypertension is extremely relevant in modern medicine, as it threatens early disability, increased risk of complications and reduces life expectancy. The strategy of prevention and treatment of AH in children and adolescents occupies a priority position in pediatric cardiology.

АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАБИРИНТНОГО СЕГМЕНТА КАНАЛА ЛИЦЕВОГО НЕРВА В ПИРАМИДЕ ВИСОЧНОЙ КОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ФОРМЫ ЧЕРЕПА

Санюк П. А., Санюк Д. А., Пасюк А. А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

phara.2017@mail.ru

Введение. Невропатия лицевого нерва сегодня – чрезвычайно актуальная патология периферической нервной системы. Число страдающих данным заболеванием постоянно увеличивается. Мононевропатия лицевого нерва – наиболее распространенный вид и занимает второе место среди заболеваний периферической нервной системы. Сравнительно высокая частота поражения лицевого нерва обусловлена его топографо-анатомическими особенностями. Лицевой нерв, проходя через костный канал пирамиды височной кости, делится на три сегмента: лабиринтный, барабанный и сосцевидный [1]. Наиболее часто поражения наблюдаются в лабиринтном сегменте [2, 3]. Знание морфологических и морфометрических особенностей этого сегмента канала лицевого нерва необходимо для успешной хирургической тактики и диагностики поражений данного нерва в отоларингологии.

Цель исследования. Установить топографические, морфологические, морфометрические особенности канала лицевого нерва в пирамиде височной кости в зависимости от формы черепа.

Материалы и методы. Топографо-анатомические исследования проводились на 80 височных костях 40 черепов, из коллекции кафедры нормальной анатомии БГМУ. Рассчитывался черепной указатель для определения типа черепа. Морфологическим методом определялись форма внутреннего слухового отверстия и отверстия канала лицевого нерва. Морфометрическим методом измерялись размеры черепа, височной кости и каменистой части канала лицевого нерва. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью программ Excel 2010 и STATISTICA 10 с использованием непараметрических методов описательной статистики.

Результаты исследования. В результате исследования морфологический материал был разделен на 3 группы черепов в зависимости от черепного указателя: долихокраны – 8 черепов (20%), мезокраны – 19 черепов (47,5%) и брахикраны – 13 черепов (32,5%).

Морфометрическим методом зависимости от формы черепа получены следующие результаты (табл. 1):

Таблица 1. – Морфологические и морфометрические особенности лабиринтного сегмента канала лицевого нерва в пирамиде височной кости в зависимости от формы черепа

Показатели		Долхокраны	Мезокраны	Брахикраны
Пирамиды височной кости				
Длина пирамиды (мм)		45,00 (40,50; 48,00)	48,00 (45,00; 49,00)	47,00 (44,00; 50,00)
Высота пирамиды (мм)		14,50 (13,50; 16,00)	15,00 (13,00; 16,00)	15,00 (14,00; 15,00)
Внутреннее слуховое отверстие				
Высота внутреннего слухового отверстия (мм)		5,00 (3,50; 6,00)	4,00 (3,00; 4,00) **	4,00 (4,00; 5,00) ***
Ширина внутреннего слухового отверстия (мм)		7,00 (6,00; 8,00)	7,00 (6,00; 8,00)	7,00 (6,00; 8,00)
Расстояние от внутреннего слухового отверстия до:	Сосцевидного отверстия (мм)	40,00 (37,50; 42,50)	39,50 (37,00; 45,00)	38,00 (37,00; 40,00)
	Верхней границы пирамиды (мм)	4,50 (3,00; 5,00)	5,00 (4,00; 5,00)	4,00 (4,00; 5,00)
	Нижней границы пирамиды (мм)	6,00 (5,00; 7,00)	6,00 (5,00; 7,00)	5,00 (5,00; 7,00)
	Верхушки пирамиды (мм)	22,00 (18,50; 25,00) *	19,00 (16,00; 22,00) **	19,50 (16,00; 22,00)
	Борозды сигмовидного синуса (мм)	21,00 (18,50; 25,00)	22,00 (18,00; 25,00)	23,00 (22,00; 28,00) ***
	Шилососцевидного отверстия (мм)	43,00 (40,00; 47,00)	43,00 (40,00; 45,00)	45,00 (44,00; 46,00) ***

Ската черепа (мм)	28,50 (24,50; 33,00)	25,00 (24,00; 27,00) **	27,00 (26,00; 30,00) ***
Стенки черепа (мм)	38,50 (34,00; 42,50)	38,00 (37,00; 42,00)	40,00 (38,00; 42,00)
Каменистой ямочки (мм)	5,00 (4,00; 6,00)	5,00 (5,00; 6,00)	5,00 (5,00; 6,00)
Лабиринтный отдел канала лицевого нерва			
Диаметр канала лицевого нерва (мм)	1,73 (1,30; 2,10)	1,30 (1,30; 2,00)	1,30 (1,30; 2,00)
Расстояние от внутреннего слухового отверстия до канала лицевого нерва (мм)	11,00 (8,00; 12,00) *	11,50 (11,00; 14,00)	13,00 (11,00; 15,00) ***

Примечание: * – достоверные различия в группе брахи-долихокранов, ** – достоверные различия в группе долихо-мезокранов, *** – достоверные различия в группе мезо-брахикранов.

Морфологическим методом выявлены 4 формы внутреннего слухового отверстия – овальная (35,00%), округлая (8,75%), треугольная (3,75%), каплевидная (52,5%) и 3 формы отверстия канала лицевого нерва – овальная (18,75%), округлая (58,75%) и овоидная (22,5%).

Наиболее распространенная форма внутреннего слухового отверстия для всех форм черепа – каплевидная, наиболее распространенная форма канала лицевого нерва – округлая (табл. 2).

Таблица 2. – Морфологические особенности канала лицевого нерва в зависимости от формы черепа

	Внутреннее слуховое отверстие				Отверстие канала лицевого нерва		
	овал	круг	треугольник	капля	овал	круг	овоид
Долихокраны	43,75%	-	-	56,25%	12,50%	62,50%	25,00%
Мезокраны	34,21%	10,53%	2,63%	52,63%	18,42%	50,00%	31,58%
Брахикраны	30,77%	11,54%	7,69%	50,00%	23,08%	69,23%	7,69%

Методом ранговой корреляции Спирмена (ρ) у долихокранов установлена сильная обратная корреляционная связь: между длиной пирамиды височной кости и расстоянием от ската до внутреннего слухового отверстия ($r=-0,70$), и сильная прямая связь между диаметром канала лицевого нерва и расстоянием от внутреннего слухового отверстия до вершины пирамиды височной кости ($r=0,85$). У мезокранов установлена сильная обратная корреляционная связь: между расстоянием от внутреннего слухового отверстия до каменистой ямочки и расстоянием от внутреннего слухового отверстия до нижней границы

пирамиды височной кости ($r=-0,72$). У брахикранов установлена сильная обратная корреляционная связь: между расстоянием от внутреннего слухового отверстия до стенки черепа и расстоянием от внутреннего слухового отверстия до ската ($r=-0,72$).

Выводы. У долихокранов высота внутреннего слухового отверстия, расстояние от внутреннего слухового отверстия до верхушки пирамиды височной кости и ската черепа достоверно больше, чем у мезокранов.

У брахикранов расстояние от внутреннего слухового отверстия до канала лицевого нерва достоверно больше, чем у долихокранов ($p=0,002$), а расстояние от внутреннего слухового отверстия до верхушки пирамиды височной кости достоверно меньше, чем у долихокранов ($p=0,03$).

У мезокранов высота внутреннего слухового отверстия, расстояние от внутреннего слухового отверстия до канала лицевого нерва, борозды сигмовидного синуса, шилососцевидного отверстия, а также до ската черепа достоверно меньше, чем у брахикранов.

Наиболее распространенная форма внутреннего слухового отверстия для всех форм черепа – каплевидная, наиболее распространенная форма отверстия канала лицевого нерва – округлая.

Литература

1. Свистушкин, В. М. Невропатия лицевого нерва: современные подходы к диагностике и лечению / В. М. Свистушкин, А. Н. Славский // РМЖ. – 2016. – Т. 24. – №. 4. – С. 280-285.
2. Philips, C. Anatomy and development of the facial nerve. In: Swartz J., editors / C. Philips, G. Hashisaki, F. Veillon // Imaging of the temporal bone. 4th ed. Thieme Medical Publishes. – 2009. – P. 444–479.
3. Proctor, B. The anatomy of the facial nerve / B. Proctor // Otolaryng. Clin. of North America. – 1991. – Vol.24. – P. 479–504.

ANATOMICAL FEATURES OF THE LABYRINTHINE SEGMENT OF THE FACIAL NERVE CANAL IN THE PYRAMID OF THE TEMPORAL BONE, DEPENDING ON THE SHAPE OF THE SKULL

Sanyuk P. A., Sanyuk D. A., Pasiuk H. A.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

phara.2017@mail.ru

This article presents data on the morphological and morphometric features of the labyrinthine segment of the facial nerve canal. This information can be useful in surgical practice to determine the depth of the canal, its topographic landmarks, competent tactics of the surgeon in the postoperative period and in the practice of otolaryngology for topical diagnosis of the level of damage to the facial nerve.