

3. Hiatt, J. R. Surgical anatomy of the hepatic arteries in 1000 cases / J. R. Hiatt, J. Gabbay, R. W. Busuttil // Annals of Surgery. – 1994. – Vol. 220. – P. 50–52.

4. Вариантная анатомия структур треугольника Кало / А. Н. Шилова, Т. С. Жарикова, К. Р. Койчуев, [и др.] // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2024. – № 1. – С. 24–28.

5. Курбанов, Д. М. Осложнения лапароскопической холецистэктомии / Д. М. Курбанов, Н. И. Расулов, А. С. Ашуров // Новости хирургии. – 2014. – Т. 22. – С. 26.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА ВИСОЧНОЙ КОСТИ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ

Пырич Д.В.

*Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Беларусь*

Введение. Исследование морфологических и морфометрических особенностей сосцевидного отростка височной кости приобретает особую значимость на фоне учащения случаев мастоидита и его тяжелых осложнений (зигоматит, абсцесс Бецольда и др.). Опасность данных состояний заключается в распространении инфекции на глубокие структуры отростка, окружающие венозный синус. Современная медицина сталкивается с проблемой неэффективности медикаментозной терапии из-за растущей резистентности патогенов к антибиотикам, что ведет к увеличению доли хирургических методов лечения мастоидита [1, с.90]. Риск развития осложнений часто детерминирован индивидуальными вариантами пневматизации височной кости, что затрудняет постановку диагноза и требует индивидуального подхода к предоперационному планированию.

Цель. Выявление закономерностей морфологического строения и морфометрических параметров сосцевидного отростка у взрослых лиц в норме и при наличии воспалительных процессов. Исследование направлено на определение анатомических факторов, способствующих возникновению мастоидита и его осложнений.

Методы исследования. Работа основывается на ретроспективном анализе результатов компьютерной томографии (КТ) черепа 63 человек в возрасте от 18 до 90 лет. Распределение участников проводилось в соответствии с возрастными периодами, принятыми ВОЗ: Первая группа: 18–44 года (молодой возраст, n=16); Вторая группа: 45–59 лет (средний возраст, n=16); Третья группа: 60–74 года (пожилой возраст, n=15); Четвертая группа: 75–90 лет (старческий возраст, n=16). Внутри каждой категории пациенты были дифференцированы на две подгруппы: основную, включающую лиц с диагностированным двусторонним мастоидитом (n=33), и контрольную,

состоящую из пациентов без признаков заболеваний ЛОР-органов ($n=30$). Критерии включения: взрослый возраст, наличие КТ височных костей. Критерии исключения: опухоли, травмы, операции на сосцевидном отростке, врождённые аномалии. Исследование одобрено Комитетом по биомедицинской этике УО «Белорусский государственный медицинский университет» (протокол № 6 от 17.03.2025). Оценка пневматизации (типа) сосцевидного отростка проводилась с использованием программы 3D Slicer (США) для измерения объёма воздушных ячеек и с использованием классификации Aladeyelu O.S. (2023) [2, с.3]. Морфометрический анализ включал оценку размеров и плотности костной ткани. Статистическая обработка выполнена в программе GraphPad Prism 8.0 (GraphPad Software, США). Нормальность распределения данных оценивалась с использованием критерия Шапиро–Уилка. Поскольку распределение оказалось ненормальным ($p<0,05$), для последующего анализа использовались непараметрические методы. Для описания количественных данных использовались медиана и межквартильный размах (Me [Q1; Q3]). Критический уровень значимости принят равным 0,050.

Результаты и их обсуждение. В ходе изучения степени пневматизации (суммарного объёма воздухоносных полостей) сосцевидного отростка у лиц контрольной группы разного возраста (без признаков патологий ЛОР-органов) были получены следующие данные: склеротический тип строения в 58,7% случаев, а пневматический тип – в 41,3%.

При склеротическом типе строения сосцевидного отростка у молодых пациентов (18-44 года) без мастоидита медианный объём его ячеек составил 3,0 [2,6; 3,2] см³, а с мастоидитом – был равен 3,1 [2,8; 3,4] см³.

При пневматическом типе строения сосцевидного отростка у молодых пациентов без мастоидита объём был равен 11,2 [10,2; 11,9] см³, а с мастоидитом – 10,1 [9,8; 11,3] см³.

У пациентов среднего возраста (45-59 лет) при склеротическом типе строения сосцевидного отростка без мастоидита объём ячеек составил 3,5 [3,1; 3,8] см³, а у пациентов с мастоидитом – 3,4 [3,0; 3,7] см³.

При пневматическом типе строения сосцевидного отростка у пациентов среднего возраста без мастоидита объём ячеек составил 10,8 [9,4; 11,8] см³, с мастоидитом – 9,9 [9,1; 10,7] см³.

В группе пожилых пациентов (60-74 года) со склеротическим типом строения сосцевидного отростка без мастоидита, объём ячеек был равен 3,1 [2,8; 3,4] см³, а с мастоидитом – 3,0 [2,7; 3,3] см³.

В этой же возрастной группе пациентов с пневматическим типом строения отростка без мастоидита объём ячеек составил 9,6 [8,3; 10,8] см³, а с мастоидитом – 9,0 [8,1; 9,8] см³.

Таким образом в группе молодых, пожилых и пациентов среднего возраста с мастоидитом частота выявления склеротического типа строения отростка составила 62,5%, а пневматического – 37,5%.

У людей старческого возраста (75-90 лет) со склеротическим типом строения сосцевидного отростка без мастоидита объём ячеек составил 2,6 [2,3; 2,9] см³, а с мастоидитом – 8,3 [7,6; 9,1] см³.

У пациентов этого же возраста с пневматическим типом отростка без мастоидита объем ячеек составил 8,3 [7,6; 9,1] см³, а с мастоидитом 7,8 [7,2; 8,5] см³.

Таким образом, в группе пациентов старческого возраста с мастоидитом у 6 из 9 пациентов (66,7% наблюдений) обнаружен склеротический тип строения отростка, а у 3 из 9 пациентов (33,3%) – пневматический тип.

В результате анализа полученных данных было выявлено, что мастоидит чаще (в 2 раза) развивается у людей со склеротическим типом строения сосцевидного отростка. Пневматический тип, напротив, характеризуется тонкими стенками ячеек вследствие высокой степени пневматизации [3, с.748]., что может предрасполагать к более быстрому распространению гнойного процесса и развитию осложнений. Особое внимание привлекает факт, что атипичная форма мастоидита регистрировалась только у 2 пациентов с пневматическим типом строения сосцевидного отростка в группе пациентов среднего возраста и у 1 – в группе пожилых пациентов. В этих случаях гнойный процесс распространялся как по наружной поверхности (соответствует мастоидиту Орлеанского), так и по внутренней поверхности сосцевидного отростка (мастоидит Бецоляда), что может объяснять более выраженное клиническое течение воспалительного процесса у пациентов с пневматическим типом.

Выводы.

1. Мастоидит чаще развивается при склеротическом типе строения сосцевидного отростка, что связано с его меньшей пневматизацией и ограниченной способностью к вентиляции. В группах молодого, среднего и пожилого возраста с мастоидитом частота склеротического типа составила 62,5%, пневматического – 37,5%; в старческой группе данные показатели составили 66,7% и 33,3% соответственно.

2. Анализ полученных данных у пациентов не имеющих патологии ЛОР-органов (контрольная группа), демонстрирует отчетливую обратную зависимость между возрастом и объемом воздушных ячеек.

3. С увеличением возраста человека происходит постепенное уменьшение объема пневматизации сосцевидного отростка, что связано с естественными процессами склерозирования (замещения воздушной ткани костной) и возрастной перестройкой костной структуры височной кости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдусаматова, И. И. Повышение диагностической эффективности воспалительных заболеваний среднего уха путем изучения хирургической анатомии височной кости (обзор) / И. И. Абдусаматова, Д. М. Абдусаматов // Тенденции развития науки и образования. – 2020. – Т. 10. – С. 89–93.

2. Aladeyelu, O. S. Temporal bone pneumatization: a scoping review on the growth and size of mastoid air cell system with age / O. S. Aladeyelu, K. S. Olaniyi, C. O. Rennie // PLoS ONE. – 2022. – Vol. 17, № 6. – P. 1–14.

3. Aladeyelu, O. S. Inter-observer assessment of mastoid pneumatization and classification using sigmoid sinus on temporal bone CT / O. S. Aladeyelu,

ОПУХОЛЬ ЯЗЫКА НЕЯСНОГО ГИСТОГЕНЕЗА

Рогов Ю.И.¹, Корнев Н.В.², Анищенко С.Л.², Сыантович А.А.²

¹Белорусский государственный медицинский университет

²Городское клиническое патологоанатомическое бюро

Минск, Беларусь

Введение. Несмотря на внедрение в медицинскую практику целого спектра новых морфологических методов диагностики, включая иммуногистохимические и молекулярно-генетические, ряд опухолевых процессов в организме человека в контексте современных классификаций Всемирной Организации Здравоохранения продолжают оставаться нозологиями с неясным гистогенезом.

Цель представляемого сообщения – акцентировать внимание на морфологических особенностях такого редкого процесса, как хондроидная хористома и её отличие от сходных опухолевых процессов в тканевых структурах языка для совершенствования диагностических подходов.

Методы исследования. Объектом для исследования послужил операционный материал удаленной опухоли у пациента женского пола 39 лет. Согласно анамнезу, новообразование появилось в области спинки языка правее срединной линии несколько лет назад. За прошедшее время существенной динамики роста не отмечалось. При клиническом осмотре было обнаружено слегка выступающее опухолевидное образование розового цвета, размером 8,0х4,0 мм, расцененное как фибропапиллома. После резекции материал был зафиксирован в 10% растворе формалина, обработан по стандартной гистологической методике и залит в парафиновые блоки. Микротомные серийные срезы с этих блоков толщиной 5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином и иммуногистохимическими методами.

Результаты и их обсуждение. На гистологических срезах между многослойным плоским эпителием с явлениями гиперплазии, паракератоза, акантоза и мышечной тканью был обнаружен довольно хорошо ограниченный опухолевый узел, округлой формы, окруженный волокнистой соединительной тканью (рисунок 1).