

Трабо С.П., Шпетная У.В.

ВАРИАТИВНАЯ АНАТОМИЯ КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Кабак С.Л.,

канд. мед. наук, доц. Мельниченко Ю.М.

Кафедра морфологии человека

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Клиновидная пазуха (sinus sphenoidalis) – парная воздухоносная полость, которая находится в центральной части основания черепа в теле одноименной кости. Из околоносовых пазух она является наименее изученной из-за её анатомического положения. Степень пневматизации тела клиновидной кости характеризуется протяженностью пазухи относительно турецкого седла. К стенкам пазухи прилежат различные сосудисто-нервные структуры: внутренняя сонная артерия, нерв крыловидного канала, зрительный и верхнечелюстной нервы. Ее медиальной стенкой является костная перегородка, которая располагается не всегда строго в срединной сагиттальной плоскости, обуславливая асимметрию пазух. Кроме основной, могут встречаться и добавочные перегородки, а также разнообразные шипы и гребни. Они затрудняют визуализацию и ориентировку хирурга во время эндоскопических операций.

Цель: на основании анализа данных конусно-лучевой компьютерной томографии (КЛКТ) изучить индивидуальные особенности строения клиновидной пазухи: частоту встречаемости различных ее типов, топографию добавочных перегородок, а также выраженность протрузии сосудисто-нервных структур в просвет пазух.

Материалы и методы. Изучены КЛКТ сканы 30 пациентов, обратившихся в стоматологические клиники г. Минска за период 2020-2021 гг. С использованием программного обеспечения Planmeca Romexis на сагиттальных, коронарных и аксиальных сканах были определены типы пневматизации тела клиновидной кости, наличие или отсутствие дополнительных перегородок, протрузий каналов зрительного нерва, внутренней сонной артерии, нерва крыловидного канала, а также распространение пневматизации в малые/большие крылья и крыловидные отростки клиновидной кости.

Результаты и их обсуждение. Из 60 пазух встретились 3 пазухи раковинного типа (5%), 6 – преселлярного (10%), 20 – селлярного (33,33%) и 31 – постселлярного типа (51,67%). Таким образом, наиболее часто встречаемым является постселлярный тип, что совпадает с данными литературы. По нашим данным 3 пазухи распространялись в левое малое крыло клиновидной кости (5%), 2 – в правое малое крыло (3,33%), еще в 8 случаях (13,33%) пневматизировалось одновременно два малых крыла. У 4-х человек воздушная полость присутствовала в правом большом крыле клиновидной кости (6,67%), у 6 – в левом большом крыле (10%), еще в 4-х случаях она определялась одновременно с двух сторон. В одном случае был пневматизирован правый крыловидный отросток (1,67%), в 3-х случаях левый (5%), а в 10 случаях (16,67%) сразу два крыловидных отростка. Протрузия канала зрительного нерва была найдена у 6 пациентов (20%). Протрузия была левосторонняя, правосторонняя и билатеральная соответственно у трех (10%), одного (3,33%) и двух (6,67%) пациентов. Протрузия внутренней сонной артерии наблюдалась у 11 человек (36,67%). Левосторонняя – у одного (3,33%), правосторонняя – у 5 (16,67%), билатеральная – у 5 пациентов (16,67%). Протрузия нерва крыловидного канала была найдена у 8 пациентов (26,67%). Правосторонняя – у одного (3,33%), билатеральная – у семи пациентов (23,24%). Наличие неполных дополнительных перегородок встречалось у 15 человек (50%): в левой пазухе – у одного (3,33%), в правой – у 3 (10%), в обеих – у 11 (36,67%) пациентов.

Выводы: типы пневматизации клиновидных пазух имеют индивидуальные вариации. Большие размеры клиновидных пазух сопровождаются протрузией в ее просвет сосудисто-нервных структур. Исследования в этом направлении необходимо продолжить для предотвращения возможных ятрогенных повреждений критических сосудисто-нервных структур во время эндоскопических оперативных вмешательств.