

Степнов А.О., Храпцов А.Р.
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА
У ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ МИНОРА

Научный руководитель: ассист. Пырич Д.В.

Кафедра нормальной анатомии

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Исследование особенностей строения сосцевидного отростка височной кости является актуальным, в связи с тем, что в последние годы всё чаще диагностируются случаи вестибулярных нарушений неясной этиологии, сопровождающиеся головокружением. Одним из таких состояний является синдром Минора, развивающийся при дегисценции (истончении или отсутствии) костной стенки верхнего (переднего) полукружного канала внутреннего уха. Несмотря на небольшую встречаемость (0,15% населения Беларуси на 2025 год), данный синдром представляет значительный диагностический интерес, так как часто имитирует симптомы других ЛОР- и неврологических заболеваний. Существует предположение, что морфологические особенности височной кости, в частности высокая степень пневматизации сосцевидного отростка, может быть одним из анатомических факторов риска развития костной дегисценции. Поэтому изучение связи между степенью пневматизации сосцевидного отростка и толщиной стенки полукружного канала лабиринта внутреннего уха с целью ранней диагностики и профилактики синдрома Минора, является актуальным.

Цель: установить взаимосвязь между степенью пневматизации сосцевидного отростка, толщиной костной стенки полукружного канала внутреннего уха и наличием его дегисценции как возможными морфологическими факторами риска развития синдрома Минора.

Материалы и методы. Материалом для исследования явились сканы компьютерной томографии (КТ) 10 человек в возрасте от 40-60 лет, имеющих жалобы на головокружение. В работе использовались следующие методы исследования: КТ (ретроспективный анализ, статистический, морфометрический). Для оценки воздушности сосцевидного отростка использовалась программа 3D Slicer. Визуально и количественно определялась степень пневматизации: высокая ($>10 \text{ см}^3$), средняя ($5-10 \text{ см}^3$), низкая ($<5 \text{ см}^3$). Также анализировалась толщина костной стенки переднего полукружного канала методом измерения в наиболее уязвимой точке, и использовалась новая классификация пневматизации Okikioluwa Stephen (2023), основанная на анализе объема клеток сосцевидного отростка относительно сигмовидного синуса.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования было установлено, что у 1 из 10 пациентов (10% случаев) с синдромом Минора был выявлен выраженный пневматический тип строения сосцевидного отростка (объем $12,3 \text{ см}^3$). У остальных 9 пациентов (90%), не имеющих признаков синдрома Минора, в ходе исследования толщина стенки варьировала от 0,35 до 1,1 мм. Воздушность отростка имела преимущественно склеротическую или среднюю степень пневматизации.

Выводы. Таким образом, высокая пневматизация сосцевидного отростка может рассматриваться как один из морфологических факторов риска формирования костной дегисценции полукружного канала и развития синдрома Минора. Однако, с учетом ограниченного объема выборки, представленных данных недостаточно для окончательных выводов, и требуется продолжение исследований с увеличением числа участников для улучшения статистической мощности и подтверждения полученных результатов.