

**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
Г. МИНСК**

КАФЕДРА МОРФОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА

Юферева М.П., Кабак С.Л., Мельниченко Ю.М.

**ТИПЫ ПНЕВМАТИЗАЦИИ
КЛИНОВИДНОЙ КОСТИ ПО ДАННЫМ КЛКТ**

*Для обратной связи: к.м.н., доцент Мельниченко Юлия Михайловна,
mjtm1980@yandex.ru*

Цель

Проанализировать частоту встречаемости разных типов пазухи клиновидной кости, а также выявить особенности распространения воздухоносной полости за пределы тела клиновидной кости

Материал и методы

- КЛКТ-сканы челюстно-лицевой области пациентов, обратившихся за стоматологической помощью в частный медицинский центр г. Минска за период 2022-2024 гг.
- Всего в исследование включено 150 человек (60 мужчин и 90 женщин), средний возраст $39,2 \pm 13,2$ лет
- Рентгенологическое исследование было выполнено на аппарате ProMax 3D Max («Planmeca Oy», Finland) в программе Planmeca Romexis

Материал и методы

- На сагиттальных КЛКТ-сканах идентифицировались четыре типа пазухи (рисунок 1) относительно турецкого седла : конхальный, преселлярный, селлярный и постселлярный
- Фиксировались случаи протрузии внутренней сонной артерии, зрительного нерва, верхнечелюстного нерва или нерва крыловидного канала, которые больше чем на половину выступали в просвет пазухи клиновидной кости или клетки Оноди (рисунок 2)

Материал и методы

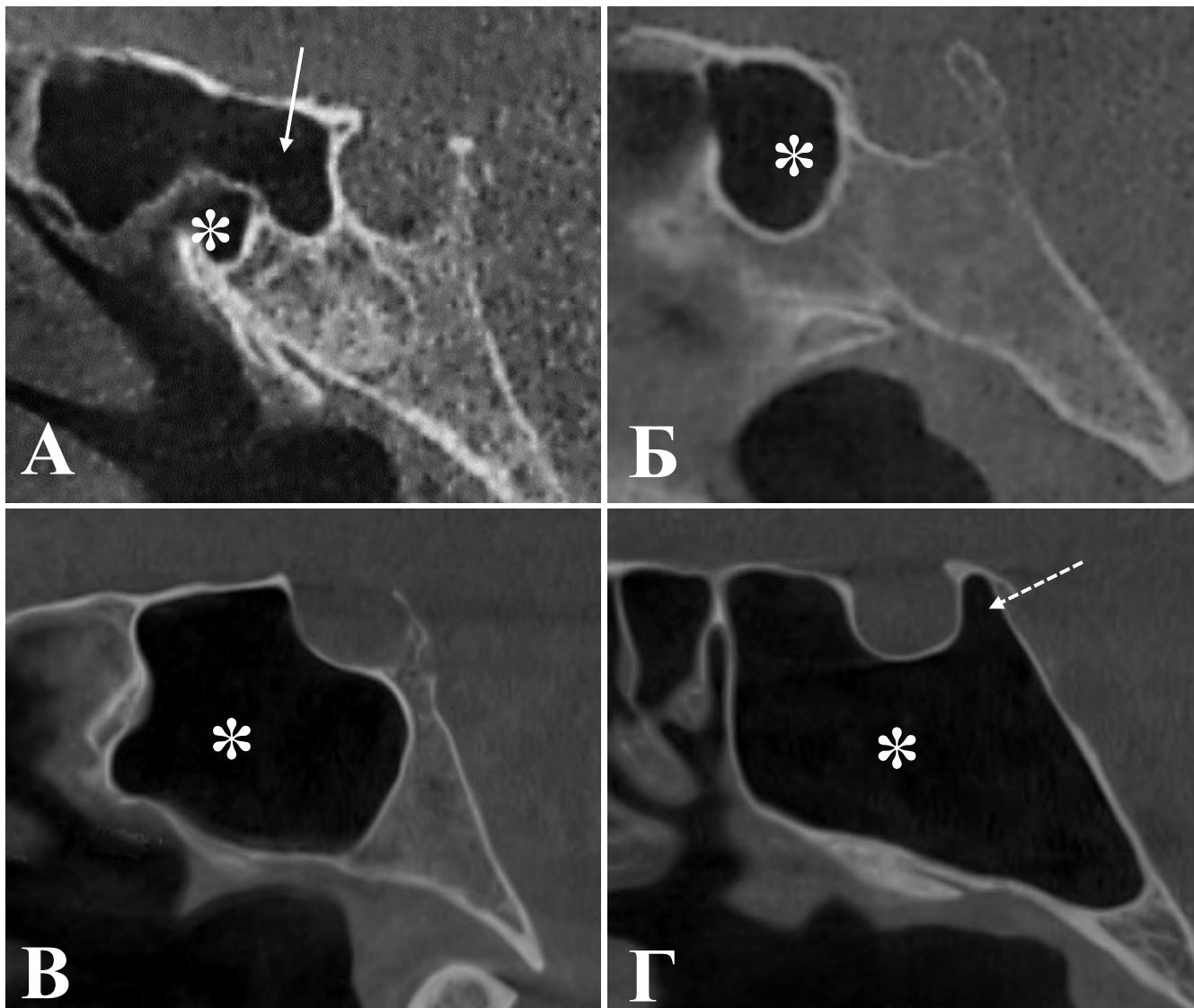


Рисунок 1. Типы пазухи клиновидной кости.
А. Конхальный тип (клетка Оноди указана стрелкой).
Б. Преселлярный тип. В. Селлярный тип. Г. Постселлярный тип с пневматизацией спинки турецкого седла (пунктирная стрелка). * - пазуха клиновидной кости
КЛКТ, сагиттальные сканы

Материал и методы

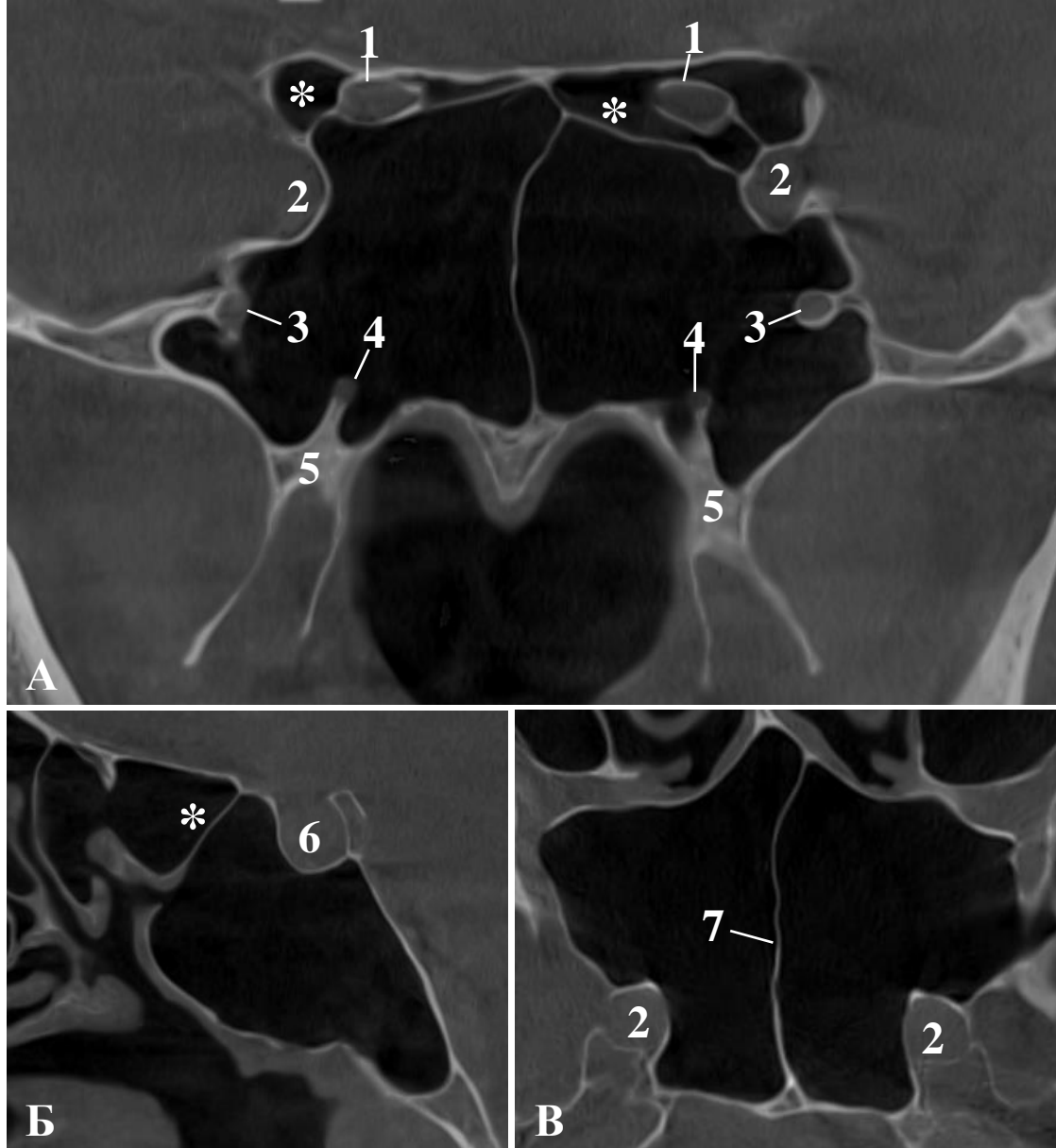


Рисунок 2. Гиперпневматизация клиновидной кости. Двусторонняя протрузия внутренней сонной артерии, верхнечелюстного нерва, нерва крыловидного канала в пазуху и зрительного нерва в клетки Оноди (*). 1 – зрительный канал; 2 – внутренняя сонная артерия; 3 – круглое отверстие, 4 – крыловидный канал; 5 – крыловидный отросток; 6 – турецкое седло, 7 – перегородка пазухи клиновидной кости. КЛКТ, корональный (А) и сагиттальный (Б) и аксиальный (В) сканы

Результаты

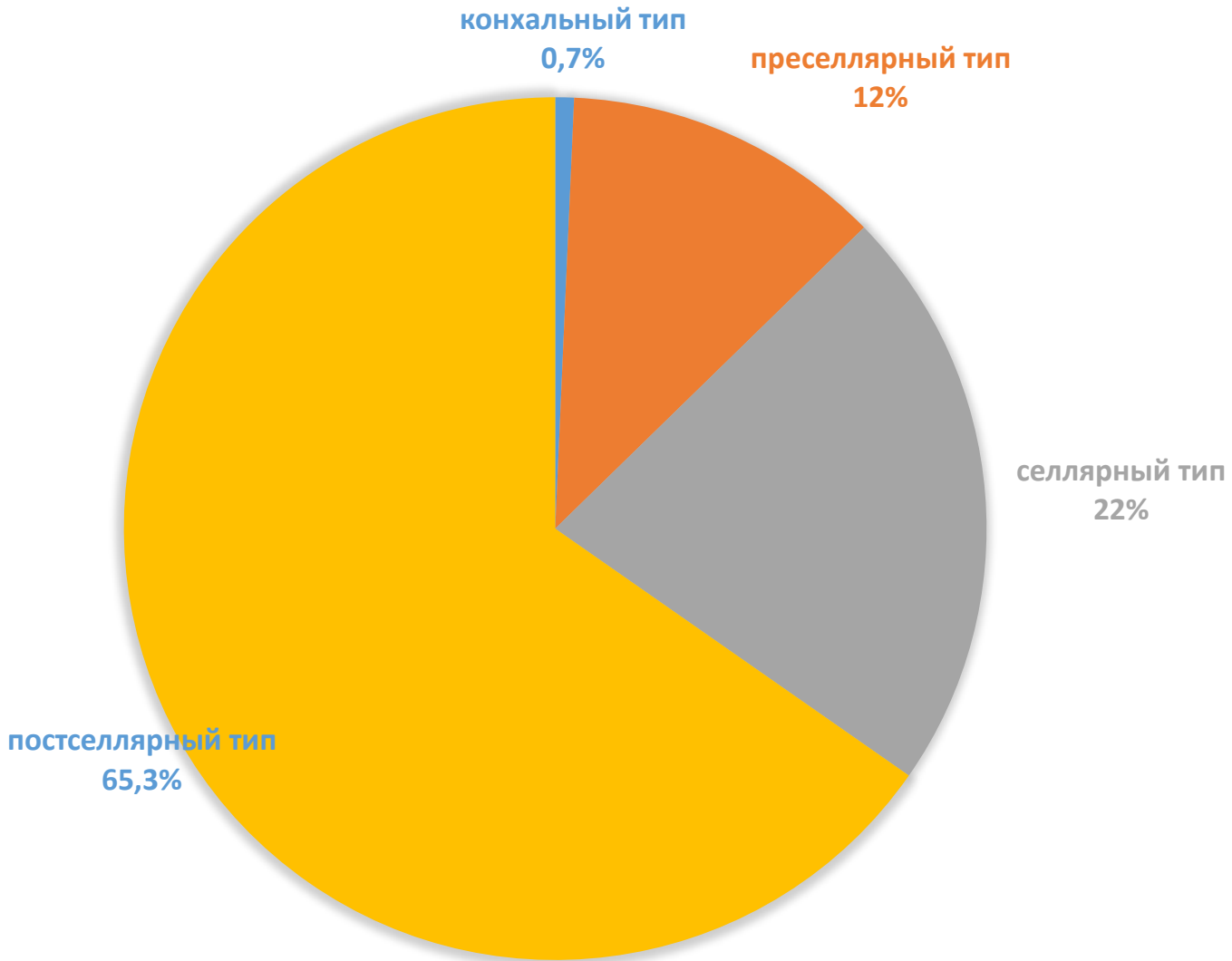


Рисунок 3.

Распределение типов пазухи клиновидной кости относительно турецкого седла

Результаты

Таблица 1. Частота протрузии нервов и внутренней сонной артерии в пазуху клиновидной кости

Протрузия	Всего N (%)	Мужчины N (%)	Женщины N (%)
Внутренней сонной артерии			
односторонняя	15 (10)	4 (6,7)	11 (12,2)
двусторонняя	54 (36)	29 (48,3)	25 (27,8)
отсутствует	81 (54)	27 (45)	54 (60)
Зрительного нерва			
односторонняя	19 (13,1)	6 (10)	13 (15,3)
двусторонняя	53 (36,6)	25 (41,7)	28 (32,9)
отсутствует	73 (50,3)	29 (48,3)	44 (51,8)
Верхнечелюстного нерва			
односторонняя	28 (18,7)	12 (20)	16 (17,8)
двусторонняя	28 (18,7)	12 (20)	16 (17,8)
отсутствует	94 (62,6)	36 (60)	58 (64,4)
Нерва крыловидного канала			
односторонняя	33 (22)	19 (31,7)	14 (15,6)
двусторонняя	60 (40)	21 (35)	39 (43,3)
отсутствует	57 (38)	20 (33,3)	37 (41,1)

Примечание: N – количество человек

Результаты

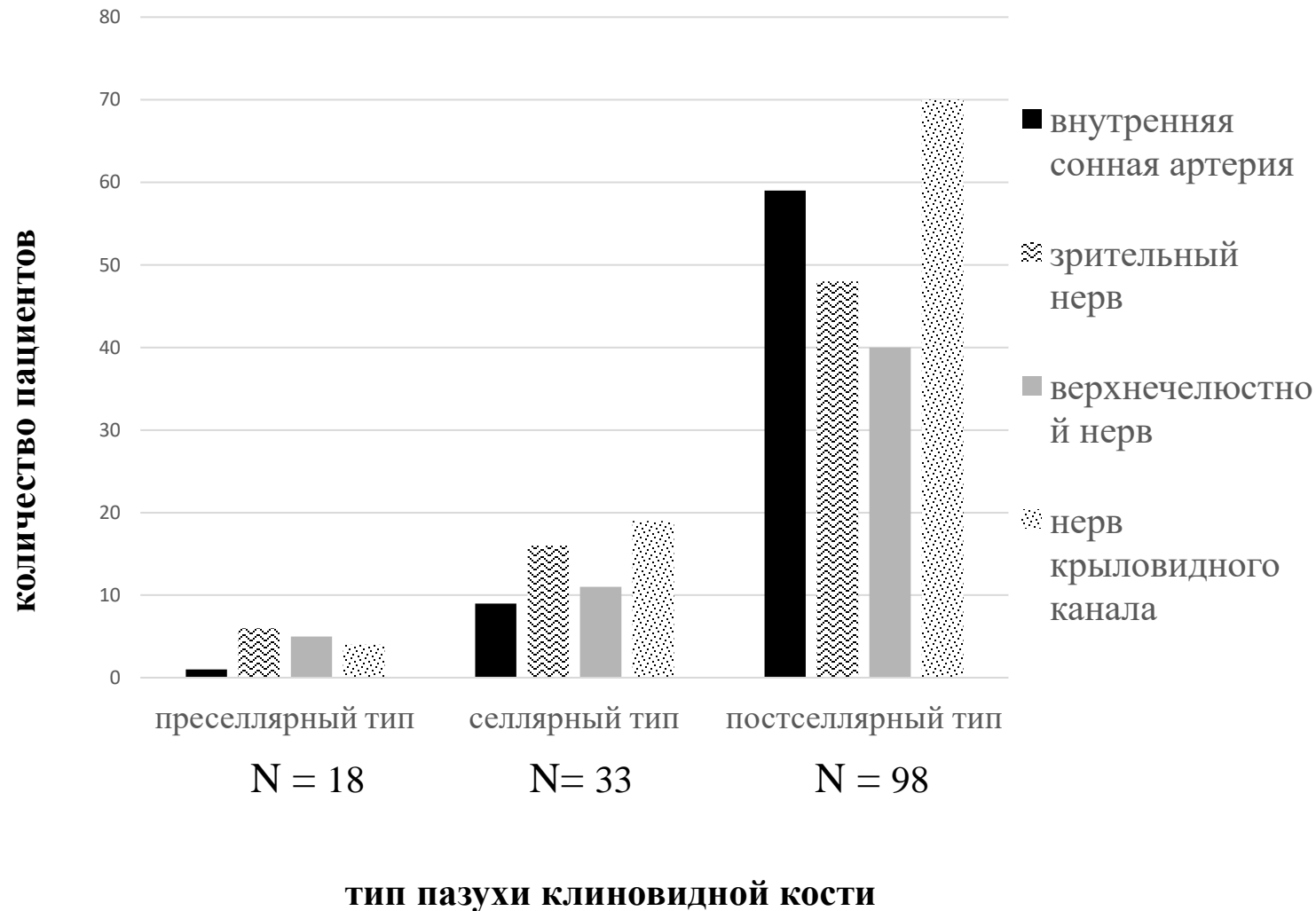


Рисунок 4.

Распределение частоты протрузии сосудов и нервов в пазуху клиновидной кости в зависимости от ее типа. N – количество пациентов с данным типом пазухи

Заключение

- Наиболее распространенный вариант пневматизации тела клиновидной кости в дорсальном направлении – постселлярный тип пазухи (65,3% человек)
- Протрузия зрительного, верхнечелюстного нервов и нерва крыловидного канала в пазуху обнаружена в 49,7%, 37,4% и 62% случаев соответственно. Гендерных отличий в частоте одно- и двусторонней протрузии нервов не обнаружено ($p > 0,05$). Внутренняя сонная артерия выступала в пазуху клиновидной кости в 46% наблюдений. При этом у мужчин преобладала двусторонняя протрузия артерии
- Тип и степень пневматизации клиновидной кости следует оценивать на этапе планирования эндоскопического трансфеноидального доступа для выполнения нейрохирургических операций, что позволит избежать ятрогенного повреждения жизненно важных структур