

Andreyeva S. D., Rasputin P. G., Reztsov O. V., Kolosov A. Ye. (Kirov, Russia)

THE STATE OF THE LUNGS IN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

При развитии острого деструктивного панкреатита (ОДП) образующиеся токсины оказывают большое влияние на легочный кровоток, что приводит к развитию застойных явлений в малом круге кровообращения, отеку, снижению газообмена и приводит к внутрисосудистому свертыванию крови. Модель ОДП создавали путем криовоздействия на селезеночный сегмент поджелудочной железы хлорэтилом на 25 беспородных белых крысах обоего пола массой 180–220 г. 5 животных составляли интактную группу. Забой животных с последующим исследованием аутопатов легких проводили на 1-, 3-, 7-, 14-е сутки после операции. Исследования легких и поджелудочной железы крыс производили с помощью световой микроскопии, срезы аутопатов были окрашены гематоксилином — эозином. Выраженные сосудистые изменения в легких возникали уже в первые сутки после операции: диаметр альвеол увеличился с $110,5 \pm 1,9$ мкм до $130,2 \pm 4,2$ мкм, $p \leq 0,05$ по сравнению с интактными крысами. Этому способствовали анатомические особенности легкого: большая площадь мелких, легко повреждающихся сосудов, обильное кровоснабжение, а также циркуляция в крови медиаторов воспаления. В легких увеличивалась инфильтрация стромы органа лимфоцитами и макрофагами, возрастала площадь поврежденных альвеол с $9585,0 \pm 78,5$ до $13307,4 \pm 121,4$ мкм² ($p \leq 0,05$) по сравнению с интактными крысами. Наиболее выраженные признаки спазма мелких бронхов, пневмонита, участков дистелектазов наблюдались на 7-е сутки ОДП: диаметр альвеол уменьшился до $55,2 \pm 7,7$ мкм, в 2 раза меньше в сравнении с интактными животными, площадь альвеол сократилась в 4 раза до $2391,9 \pm 93,4$ мкм² ($p \leq 0,05$). На 14-е сутки ОДП диаметр поврежденных альвеол восстанавливался до $95,2 \pm 4,8$ мкм с освобождением их от экссудата, что увеличивало их площадь до $7114,4 \pm 56,8$ мкм², что составляет 74,2% от значений здоровых животных. Вероятно, причиной структурных повреждений легких при ОДП является чрезмерная воспалительная реакция системного характера.

Аникин М. И., Багаутдинов А. А. (г. Оренбург, Россия)

ОСОБЕННОСТИ МИКРОАНАТОМИИ МЕАТОТИМПАНАЛЬНОГО УГЛА

Anikin M. I., Bagautdinov A. A. (Orenburg, Russia)

MICROANATOMICAL CHARACTERISTICS OF MEATO-TYMPANIC ANGLE

Анатомическое исследование проведено на 20 височных костях от трупов отологически здоровых людей в возрасте от 16 до 70 лет. Общее число приготовленных и изученных гистотопограмм наружного слухового прохода составило 200. Проводили горизонтальные продольные срезы наружного слухового прохода на сле-

дующих уровнях: верхний край барабанной перепонки, верхняя стенка наружного слухового прохода в области перешейка, короткий отросток молоточка, уровень пупка барабанной перепонки, нижняя стенка наружного слухового прохода в области перешейка, нижний край барабанной перепонки. В 95% случаев на гистотопограммах наружный слуховой проход в костном отделе имел изгиб кпереди и книзу с формированием передне-нижнего меатотимпанального углубления, максимальная глубина которого на срезах составляла до 8 мм кпереди и 6 мм книзу от оси наружного слухового прохода. Продольный размер меатотимпанального угла максимально достигал 9 мм. Установлено, что самым широким местом костного отдела наружного слухового прохода является область барабанного кольца. Соотношение поперечных размеров наружного слухового прохода на разных уровнях срезов с размерами барабанной перепонки колеблется от 0,28 до 0,97. Данные особенности существенно затрудняют визуализацию меатотимпанального угла в клинической практике.

Аникин М. И., Долгов В. А., Багаутдинов А. А., Иванова Н. И. (г. Оренбург, Россия)

ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ МИРИНГОПЛАСТИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Anikin M. I., Dolgov V. A., Bagautdinov A. A., Ivanova N. I. (Orenburg, Russia)

SURGICAL ACCESS IN MYRINGOPLASTY DEPENDING ON THE CLINICAL ANATOMY OF THE EXTERNAL AUDITORY CANAL

Проведены гистотопографическое исследование и морфометрия наружного слухового прохода 50 височных костей черепа умерших людей. Оценивали продольные и поперечные размеры слухового прохода, проводили морфометрию передне-нижнего меатотимпанального углубления. Анатомические данные сопоставили с результатами отомикроскопии 120 пациентов с хроническим гнойным средним отитом, которым была произведена тимпано-мирингопластика. На основании особенностей строения слухового прохода были рекомендованы следующие варианты оперативного доступа при выполнении мирингопластики. При широком наружном слуховом проходе (более 7 мм) и значении переднего угла более 60° (1-я группа) возможен как эндауральный, так и заушный подход при мирингопластике. При широком наружном слуховом проходе (более 7 мм) и значении переднего угла от 60 до 45° (2-я группа) рекомендуется заушный доступ при выполнении мирингопластики. В случае если размер наружного слухового прохода в области перешейка равен 5–7 мм, а передний угол составляет 45–30° (3-я группа), то наиболее оптимальным является заушный доступ. При узком наружном слуховом проходе (5 мм) и значении переднего угла менее 19° (4-я группа) рекомендован заушный подход при выполнении мирингопластики. Наилучшие результаты