

*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  $13307,4 \pm 121,4$  мкм<sup>2</sup> ( $p \leq 0,05$ ) 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  $2391,9 \pm 93,4$  мкм<sup>2</sup> ( $p \leq 0,05$ ). 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  $7114,4 \pm 56,8$  мкм<sup>2</sup>, 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