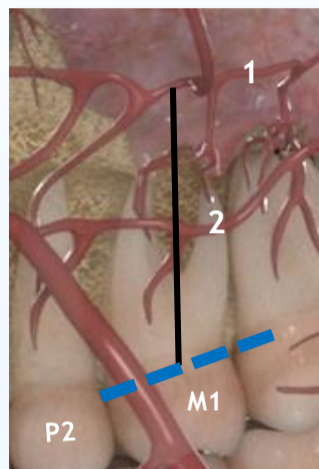
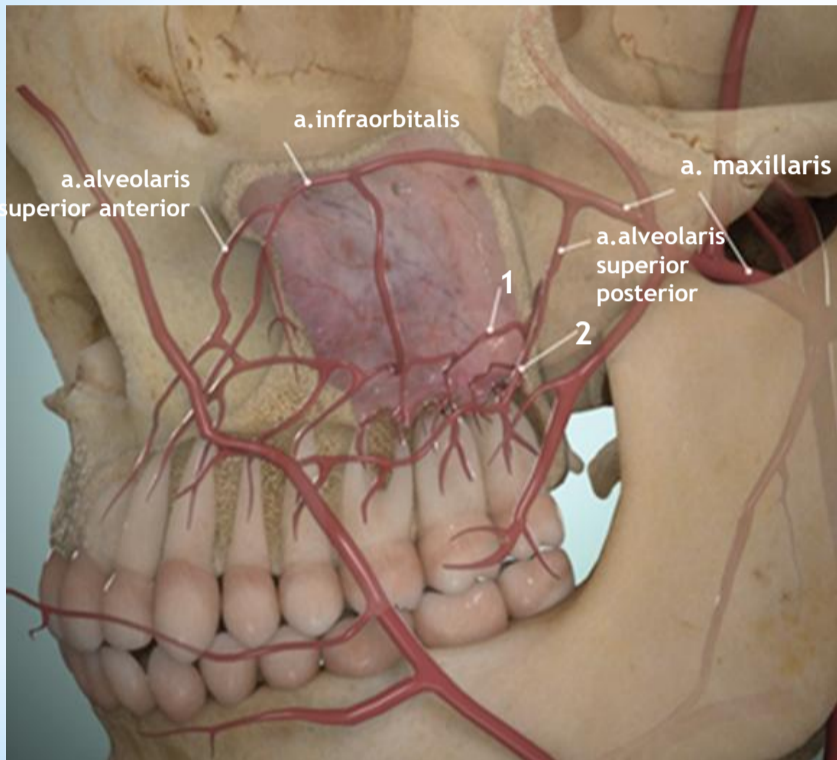


Топография артериального анастомоза в стенке верхнечелюстной пазухи

Автор: Гутырчик А.А., группа 7111

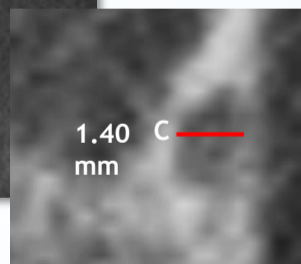
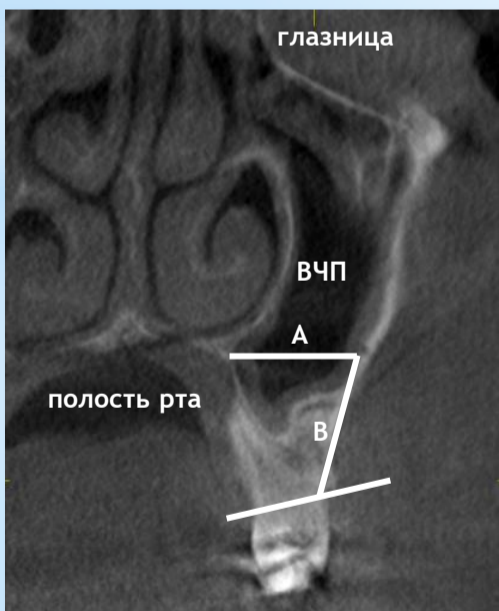
Научные руководители: к.м.н., доцент Мельниченко Ю.М.
ассист. Мехтиев Р.С.

Цель: определить топографию и индивидуальные морфометрические параметры внутрикостного сосудистого анастомоза в стенке верхнечелюстной пазухи с помощью конусно-лучевой компьютерной томографии.

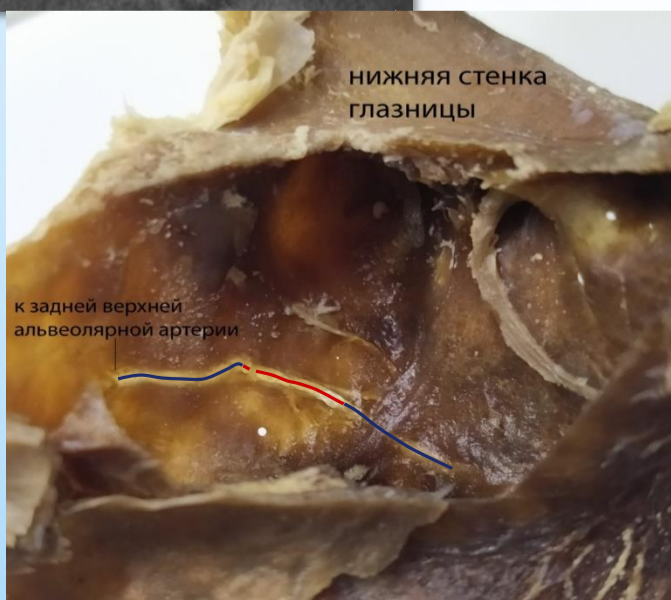


расстояние от внутрикостного сосудистого анастомоза до альвеолярного гребня (синий пунктир)
1 - внутрикостный анастомоз
2 - десневой анастомоз

В переднелатеральной стенке верхнечелюстной пазухи (ВЧП) располагается канал/борозда, содержащий артериальный анастомоз, образованный задней верхней альвеолярной артерией (ветвь верхнечелюстной артерии) и передней верхней альвеолярной артерией (ветвь подглазничной артерии). Расстояние от анастомоза следует учитывать при планировании операции открытого синус-лифтинга, так как высока вероятность его кровотечения при его повреждении.



- А - Расстояние от нижнего края костного канала/борозды, содержащей артериальный анастомоз, до медиальной стенки пазухи на уровне M2, M1 и P2
- В - Расстояние от нижнего края костного канала/борозды, содержащей артериальный анастомоз, до альвеолярного гребня на уровне M2, M1 и P2
- С - Диаметр костного канала/борозды, содержащей артериальный анастомоз, на уровне M2, M1 и P2



— внутрикостная часть
— подслизистая часть

Наименьшее расстояние от нижней точки костного канала/борозды до альвеолярного гребня выявлено на уровне первого верхнего моляра и составило $17,5 \pm 3,4$ мм. В 53,3% случаев диаметр канала/глубина борозды не превышал 1 мм, в 46,7% случаев - находился в пределах от 1 мм до 2 мм.